

L'AUXILIAIRE VOLONTAIRE DE SANTE

Son recrutement, sa formation et ses tâches dans le contexte
socio-culturel et sanitaire de l'Altiplano péruvien

THESE

présentée à la faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Pierre GACHOUD

de

VILLARS D'AVRY LE BRY (Fribourg)

Thèse No 3707

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1978

L'AUXILIAIRE VOLONTAIRE DE SANTE

Son recrutement, sa formation et ses tâches dans le contexte
socio-culturel et sanitaire de l'Altiplano péruvien

THESE

présentée à la faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Pierre GACHOUD

de

VILLARS D'AVRY LE BRY (Fribourg)

Thèse No 3707

GENEVE

Editions Médecine et Hygiène

1978

La faculté de médecine, sur le préavis du professeur Olivier Jeanneret, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 7 novembre 1978

Le doyen :
André Cruchaud

Thèse No 3707



En septembre 1975, nous arrivions, ma femme et moi-même, sur le continent sud-américain. Envoyés par l'Association de coopération Suisse-Pérou, nous allions en tant que médecin et assistante-médicale, occuper un dispensaire rural du sud du Pérou, à Macusani, petite capitale départementale juchée à 4350 mètres d'altitude dans la cordillère des Andes.

Je tiens à remercier vivement les personnes qui m'ont appuyé dans l'élaboration de cette thèse, en particulier le professeur Olivier Jeanneret, qui a montré d'emblée un grand intérêt pour le sujet traité. Il nous a mis en relation chaleureuse avec les personnalités qui ont permis la réalisation de notre travail de rédaction. Le docteur Tejada de Rivero, sous-directeur à l'OMS, péruvien, nous a aimablement prêté son concours dans la structuration de l'oeuvre. Le docteur Jean Martin, médecin cantonal adjoint du canton de Vaud, expert dans le domaine de la coopération avec les pays en voie de développement, a mis sa grande compétence à notre service, nous offrant une abondante bibliographie, dont la majeure partie publiée par lui-même. Ma gratitude s'adresse également à toutes les autorités sanitaires péruviennes, à mes collègues suisses du "Aertzteteam Putina", qui ont collaboré étroitement à l'officialisation du programme des auxiliaires volontaires de santé. Que l'Association de coopération Suisse-Pérou trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour son aide matérielle et financière, sans oublier nos chers promoteurs de santé indiens, artisans de la réussite du projet, à qui nous adressons notre plus vive reconnaissance.

Enfin, je remercie Mademoiselle Ariane Catry et les collaborateurs de l'Institut de médecine sociale et préventive pour leur aide précieuse.

A EDMEE

TABLE DES MATIERES

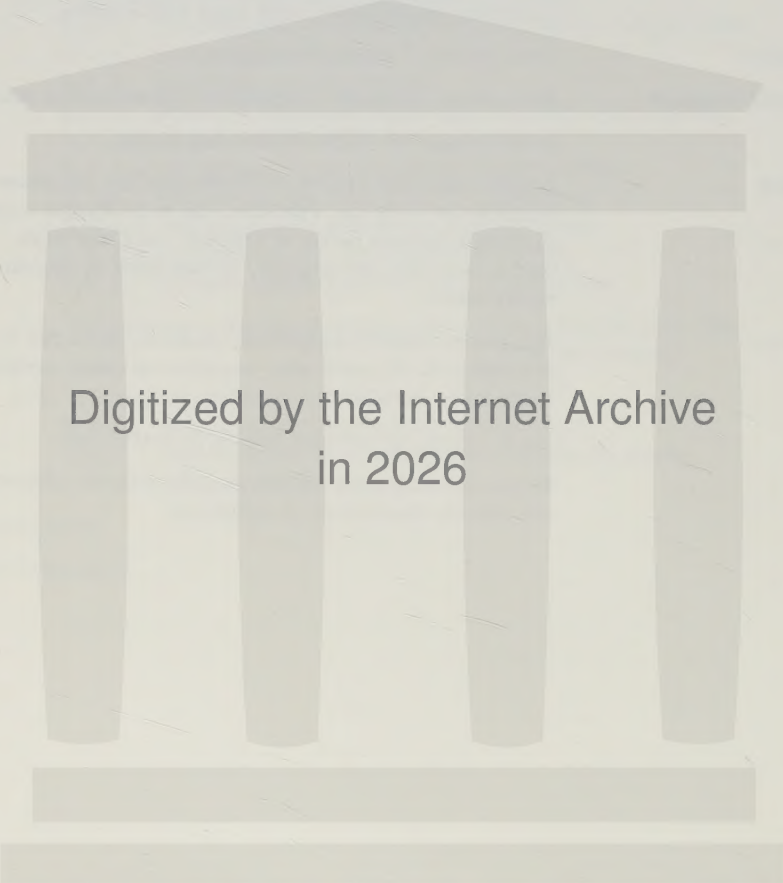
1.	Introduction et objectif de l'étude	1
2.	<u>Première partie</u> : le contexte de l'Altiplano péruvien	5
2.1.	Généralité	5
2.1.1.	Le milieu géographique	5
2.1.2.	Démographie	11
2.1.3.	Caractéristiques ethniques	13
2.1.4.	Habitat et cadre de vie	14
2.1.5.	La psychologie de l'Indien	14
2.1.6.	Organisation sociale de la communauté indienne	16
2.1.6.1	Persistence de l'organisation traditionnelle	16
2.1.6.2	Répartition des terres et réforme agraire	16
2.2.	La communauté indienne et sa santé	17
2.2.1.	La médecine traditionnelle	18
2.2.2.	La médecine moderne	21
2.3.	La Santé publique dans le département de Puno	22
2.3.1.	Mortalité et morbidité	22
2.3.2.	Impacts de différents facteurs sur la santé	28
2.3.3.	Structure et fonctionnement des services de santé	32
2.3.4.	Priorités du ministère de la santé (Pérou)	37
3.	<u>Deuxième partie</u> : l'auxiliaire de santé	39
3.1.	Les premières tentatives au Pérou	39
3.2.	Départ du programme actuel	40
3.3.	Activités des médecins suisses, premiers pas et extension	40
3.3.1.	Les médecins suisses	40
3.3.2.	Le centre de santé	41
3.3.3.	Activités en dehors du centre	42
3.4.	Recrutement, tâches et formation de l'auxiliaire	44
3.4.1.	Critères de sélection de l'auxiliaire de santé	44
3.4.2.	Les tâches de l'auxiliaire de santé	45
3.4.2.1	Soins à la population	45
3.4.2.2	Les maladies chroniques	46
3.4.2.3	Activités préventives	48
3.4.2.4	L'auxiliaire de santé et le "curandero"	53
3.4.3	La formation de l'auxiliaire de santé	54
3.4.3.1	Programme	54
3.4.3.2	Méthodes d'enseignement	58
3.4.3.3	Le poids des coutumes	59
3.4.3.4	Manuel (de l'auxiliaire de santé)	60
3.4.3.5	Matériel et pharmacie	61

VI

3.4.3.6 Cours de perfectionnement	66
3.4.3.7 La supervision de l'auxiliaire de santé	66
3.4.3.8 Le comité de santé	67
3.5. Le financement de la formation	68
3.6. Crédit du programme auprès des autorités sanitaires	68
3.6.1. Le cheminement vers l'acceptation	68
3.6.2. La participation du Ministère de la santé	68
3.7. Les projets d'avenir du Ministère de la santé	69
3.7.1. Coordination pour la mise en marche du programme	69
3.7.2. Activité préparatoire	69
3.7.3. Activités du programme	70
3.7.4. Rôles et responsabilités des instances concernées	70
3.7.4.1 Appui de l'UNICEF	70
3.7.4.2 Obligations de la Région de santé de Puno	70
3.7.4.3 Obligations du Ministère de l'éducation	71
3.7.4.4 Obligations du Ministère d'alimentation	71
3.7.4.5 Obligation de la direction des pêches	71
3.7.5. Normes ministérielles pour la sélection	71
3.8. Comparaison des deux programmes (des médecins suisses et du Ministère)	74
3.9. Discussion générale	77
3.9.1. Extension du programme de formation	77
3.9.2. Participation et perspectives de développement intégré au Pérou	79
4. Conclusion	83
5. Bibliographie	88

Glossaire de termes espagnols

Altiplano	Haut plateau. En principe le nom est réservé aux hauts plateaux avoisinant le lac Titicaca.
Aymara	Langue indienne parlée aux abords du lac Titicaca par les indigènes. Le mot désigne aussi la race d'Indiens longilignes vivant dans ces régions.
Curandero	Guérisseur, "sorcier" indigène
Promotor de salud	Promoteur de santé = Auxiliaire volontaire de santé
Puna	Haute steppe de la cordillère des Andes
Quetchua	Langue indienne parlée au Pérou par les indigènes jusqu'au nord du lac Titicaca. Le mot désigne aussi la race d'Indiens petits et trapus, avec une cage thoracique bien développée, vivant dans la région mentionnée.
Sanitario	Auxiliaire sanitaire diplômé, salarié, payé par le Ministère de la santé pour occuper un poste sanitaire rural de la cordillère.
Selva	Forêt vierge du versant Est de la cordillère
Sierra	Région montagneuse du Pérou, où vivent la plupart des Indiens Quetchuas et Aymaras.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545901_0047

1. Introduction et Objectif de l'étude

Lorsque l'on parle de santé dans le tiers monde, la tendance naturelle de tout occidental est d'imaginer les vastes régions d'Afrique ou d'Amérique latine dotées de beaux hôpitaux, construits selon le modèle de ceux que nous connaissons et de croire que lorsque l'on aura réalisé dans les pays du tiers-monde ce que nous avons réalisé en Europe, le problème de la santé sera résolu dans le monde. En fait, il n'en est rien, et l'expérience a bien montré l'échec de toute tentative de vouloir greffer en Amérique latine ou ailleurs, les structures de la santé publique occidentales. Les populations rurales sont délaissées au profit des citadins, qui représentent la minorité dans les pays du tiers-monde. L'état de santé ne dépend pas uniquement des moyens que l'on a pour lutter contre telle ou telle maladie, mais bien avant tout de facteurs économiques, sociaux, culturels, psychologiques, pour n'en citer que quelques-uns.

Notre société occidentale est parvenue à contrôler les naissances. Les générations se sont adaptées à la technicité, les croyances et les tabous se perdent au profit de la rationalité proposée par la science. On a appris à utiliser au maximum les ressources offertes par la nature, notre sol est riche, nous savons au besoin lui donner ce qui manque, et le climat est favorable à une grande variété de cultures. Il en est tout autrement du pays en voie de développement qui doit faire face à une multitude de problèmes à la fois. On demande au Pérou, au Sahel, à l'Afghanistan de faire en quelques générations, le chemin que nous avons mis des siècles à parcourir. Alors que le blanc vit dans des conditions matérielles plus qu'enviables, l'indigène des autres continents survit péniblement des maigres ressources que lui ont laissés les colonisateurs. De façon caricaturale, et à quelques exceptions près, on peut scinder la société des pays en voie de développement en deux classes distinctes et opposées. La classe aisée, de modèle culturel occidental, minoritaire, accapare les terres et les richesses pour faire face aux besoins de l'ère industrielle (23), tandis que la classe pauvre, formée par l'immense majorité de la population subsiste dans des conditions trop souvent insuffisantes pour ne pas dire inhumaines. Tout le problème naît d'une opposition abrupte entre deux civilisations foncièrement différentes, celle de la terre, autosuffisante, apportant le minimum vital à sa population, et celle de la technicité, du "progrès" constant qui fait chercher dans les endroits les plus isolés du globe les matières premières nécessaires à son expansion qui se voudrait infinie (49), sans cesse en proie à des nouveaux besoins, à mesure que les découvertes scientifiques se succèdent. Le blanc, installé sur des terres qu'il a faites siennes, ressent constamment des besoins nouveaux qu'il communique à la population indigène et qu'il s'octroie en sacrifiant souvent les maigres revenus du pays qui est devenu sa patrie.

Les routes terrestres et aériennes violent les espaces réputés infranchissables et malgré eux, les peuples les plus isolés entrent en contact avec le monde dit civilisé.

Le département de Puno au Sud du Pérou est l'un de ces territoires jusqu'ici isolés en raison de son éloignement des grands centres urbains, de son climat rude et de l'altitude souvent extrême à laquelle vivent ses habitants. La quasi totalité de ceux-ci vit de l'agriculture et de l'élevage. Leurs maigres revenus ne suffisent pas à financer un voyage en ville pour accéder à la consultation médicale. Les premiers apports en matière de santé ont consisté en l'occupation de quelques postes sanitaires par des infirmières étrangères qui dispensaient des soins curatifs à la population indigène. Les rares médecins qui acceptaient de travailler pour un an ou deux dans les villages de la cordillère andine, soignaient au gré de la demande les diverses maladies rencontrées. Sitôt le dispensaire abandonné par les étrangers, l'Indien n'avait que la possibilité de recourir au sorcier local, bien impuissant à faire face aux épidémies de maladies infectieuses, à la dénutrition et aux complications de l'accouchement. Tant que l'on continuait dans cette voie, rien ne changeait vraiment dans l'état de santé des communautés indigènes qui restaient toujours dépendantes du bon vouloir de l'étranger.

Après ces expériences infructueuses, il est apparu indispensable aux autorités sanitaires de la région de mettre sur pied des structures simples, impliquant la participation de l'habitant au maintien, voire au rétablissement de sa propre santé.

Depuis plusieurs années, une équipe de médecins suisses, travaillant dans le département de Puno, s'est attachée au problème de la participation communautaire. Davantage que dans les soins curatifs, ils ont investi leur énergie dans la formation d'auxiliaires volontaires issus des communautés indiennes.

En effet, comment assurer des soins réguliers aux populations des nombreux villages dispersés dans les immensités de la Cordillère où chaque médecin de dispensaire est responsable de territoires qui représentent le tiers ou le quart de la superficie de la Suisse ? La seule solution au problème est de confier à des aides sanitaires la responsabilité des soins courants, tant curatifs que préventifs. L'OMS s'est attaché à mettre en valeur le nouveau concept de soins de santé primaires (45), c'est-à-dire "les mesures prises et les actions menées à l'échelon du premier contact avec les personnes, les familles et les collectivités locales pour assumer les soins aux malades, la prévention de la maladie, de l'infirmité et de la dépendance, la réadaptation et la promotion active de la santé".

Les communautés indigènes comptent parmi elles des individus intelligents, dynamiques, désireux d'améliorer les conditions d'existence de leurs semblables. Ils représentent un potentiel inestimable en matière de développement en général et de santé en particulier. Leur formation peut se faire à très peu de frais, de même que leur supervision. Ils seront aptes à soigner la plupart des affections banales qui sont pourtant responsables de la plus grande part des décès.

Se basant sur des expériences réalisées au Guatemala, les médecins suisses ont lancé un programme de formation et de surveillance d'auxiliaires de santé ruraux.

La première tentative lancée par des médecins péruviens subit un échec relatif, faute de supervision, laissant ainsi les initiateurs peu enthousiastes.

Après deux ans de travail intensif avec ces auxiliaires de santé, nous avons pu démontrer l'efficacité réelle de ce "médecin au pied nu", par des résultats visibles, obtenus dans les provinces de Sandia et de Carabaya. Les autorités sanitaires se sont intéressées à ce travail si prometteur et depuis peu, l'auxiliaire de santé rural est considéré comme un collaborateur volontaire du ministère de la santé du Pérou.

En deux ans, les médecins de la zone ont pu constater l'effet positif de cette action sur l'état de santé des populations concernées, observant certainement une diminution des épidémies telles que la coqueluche auprès des enfants vaccinés, la guérison des tuberculeux qui mourraient auparavant de leur affection, l'application progressive des principes d'hygiène élémentaire enseignés par les auxiliaires eux-mêmes et probablement une diminution de la mortalité infantile si élevée dans cette région des Andes. Vu de l'Occident, il peut nous sembler paradoxal que de simples paysans puissent faire progresser davantage la santé de la collectivité que les cinq médecins travaillant dans la zone. Notre étude se propose d'expliquer le pourquoi et le comment d'une telle évolution. Nous devons souligner le parfait esprit de collaboration des autorités sanitaires péruviennes, ainsi que leur entière confiance envers les médecins venus de la Suisse. Malgré les difficultés rencontrées, elles ont mis tout leur enthousiasme à la réussite du projet. Il nous manque encore du recul pour juger définitivement des résultats, mais nous avons une impression globale très favorable après ces quelques années d'expérience.

Après la Chine, Cuba, l'Inde, l'Iran, le Niger, la Tanzanie, le Vénézuëla, le Guatemala, le Pérou compte également ses auxiliaires de santé qui pourraient bien faire progresser la santé des populations rurales de manière plus décisive que tous les systèmes précédents essayés.

* * * * *

Première partie

2. LE CONTEXTE DE L'ALTIPLANO PERUVIEN

2.1. Généralités

L'état de santé de chaque individu dépend d'une multitude de facteurs qui peuvent avoir un impact plus ou moins direct sur l'épanouissement biologique du corps humain. Dans un document intitulé "Santé familiale" (25), Jean Martin écrit : "les mêmes êtres humains, suivant les conditions dans lesquelles ils vivent, géographiques, climatiques, socio-économiques, présentent une mortalité et une morbidité bien différentes. Les différences marquées sont dues en grande partie au milieu qui influence la santé par une variété de facteurs :

- Facteurs physiques et parfois chimiques (climat, pluviométrie, nature du terrain, pollution par exemple).
- Facteurs biologiques (organismes pathogènes, insectes vecteurs et facteurs qui favorisent leur croissance).
- Facteurs nutritionnels (cultures vivrières, régularité de l'approvisionnement en nourriture, équilibre du régime alimentaire, etc.).
- Facteurs démographiques et sociaux (densité, distribution et composition de la population, migrations, organisation sociale etc.).
- Facteurs culturels (structure, règles et coutumes traditionnelles, tabous, religion etc.).
- Facteurs psychosociaux (spécialement au niveau de la famille).
- Facteurs économiques (niveau de vie, services publics à disposition etc.).

Ainsi, chaque élément favorisant le développement des divers secteurs mentionnés est également un appoint précieux pour la santé. A l'inverse, les conditions défavorables seront responsables d'une déficience des services sanitaires. L'importance du milieu culturel, éducatif, social et nutritionnel est illustrée dans le cas particulier de Puno, par les informations présentées plus bas (p. 28-32).

2.1.1. Le milieu géographique : La carte du Pérou (fig. 1) situe le département de Puno au Sud du pays : il jouxte la frontière bolivienne. Avec sa superficie de 72'400 km², il est le troisième département du Pérou quant à l'étendue. On y distingue trois zones géographiquement différentes (53) :

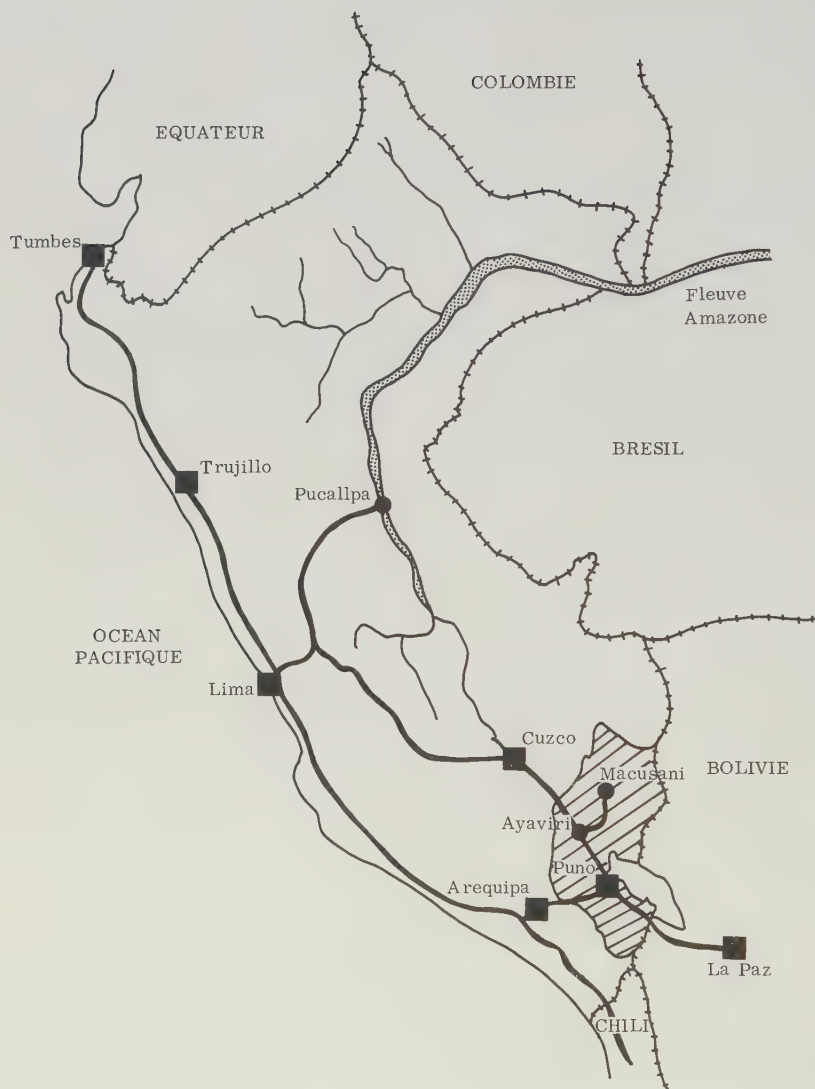


Figure 1

Carte du Pérou

Echelle 1 cm = 100 km

100 km

Légende :



le département de Puno

: routes principales et secondaires
mentionnées dans le texte

: frontières



: villes principales



: villes secondaires, capitales de provinces

- La région du lac Titicaca, à 3850 mètres d'altitude, constitue l'Altiplano proprement dit. Altiplano signifie "haut plateau" formant l'immense lit du lac navigable le plus haut du monde (fig. 2). Les bords du Titicaca sont densément peuplés (20,6 habitants au km², la moyenne du département de Puno étant de 12,4 hab. au km²) (35).
- Plus haut, entre 4000 et 5000 mètres d'altitude, la Puna, formée de steppes où se sont réfugiés les indigènes les plus pauvres (fig. 3). Ce milieu, rare en oxygène (*), balayé par les grands froids, est le plus propice à l'élevage des moutons, lamas et allpagas qui développent une laine de grande qualité. (Densité 6,9 hab./km²).
- La troisième région est constituée par la Selva ou forêt vierge, où sévit un climat diamétralement opposé, chaud et humide (fig. 4).

Les provinces de Carabaya et de Sandia (fig. 5), dont les capitales Macusani (fig. 6), et Sandia sont occupées par des médecins suisses se trouvent à cheval entre la Puna et la Selva, formant le flanc Est de la Cordillère du département de Puno. S'éloignant vers l'Est, on passe progressivement de la désolation de la Puna (fig. 3) à une végétation luxuriante qui devient bientôt un chaos végétal inextricable.

Sur une distance approximative de soixante kilomètres, nous franchissons une dénivellation de 4000 mètres.

De par sa proximité de l'Equateur, l'Altiplano, malgré sa grande altitude, jouit d'un climat supportable. La Sierra péruvienne comprend deux saisons. L'été ou saison des pluies, s'étend de novembre à avril avec des ondées journalières. L'hiver, de mai à fin octobre est très ensoleillé, mais de grands écarts de température marquent fortement le jour et la nuit. Le soleil rôtit la maigre herbe qui pousse sur la Puna, tandis qu'un gel glacial fait descendre le thermomètre à 20 degrés en-dessous de zéro durant les nuits de juillet. Il s'agit donc essentiellement d'un climat à variations de température circadiennes plutôt que saisonnières. Le contraste ombre-soleil est très violent.

Les voies de communications sont représentées surtout par les routes. La seule ligne de chemin de fer relie Puno aux villes de Cuzco, ancienne capitale Inca, et d'Aréquipa, la seconde ville du Pérou.

Deux routes sinueuses traversent les provinces de Carabaya et de Sandia. surplombent des abîmes, au fond desquels grondent des torrents venus des cîmes enneigées et s'enfoncent dans les vallées aux pentes abruptes (fig. 7).

(*) La pression atmosphérique à 4500 mètres d'altitude est de 430 mmHg ce qui représente une pression partielle d'oxygène de 86 mmHg. A 5500 mètres, la pression atmosphérique est à la moitié de sa valeur au niveau de la mer.



Figure 2 Un village indigène des bords du lac Titicaca (3850 m d'altitude)



Figure 3 Un village indigène de la Puna (altitude : 4500 m)



Figure 5 Le département de Puno et ses provinces
 Les postes occupés par les médecins suisses sont soulignés

Echelle : 1 cm = 24 km 24 km ———

———— : routes principales

----- : frontières provinciales

● : localités principales

■ : capitale du département

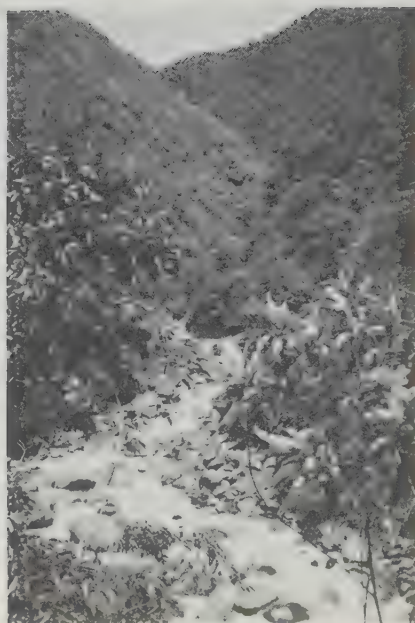


Figure 4 La Selva (forêt vierge) commence déjà vers l'altitude de 1000 mètres sur le flanc Est de la cordillère des Andes.



Figure 6 Au pied du massif enneigé de l'Allinapac (5800 m), la petite ville de Macusani qui ne compte que 3000 habitants est pourtant capitale de la province de Carabaya.

La saison des pluies délabre ces chemins dangereux qui nécessitent un entretien constant. Parfois un éboulement coupe toutes possibilités de ravitaillement d'une zone pendant des semaines. Les camions surchargés, venant de la capitale ou d'Aréquipa, mettent plusieurs jours pour atteindre Macusani ou Sandia.

Un télégraphe digne du Far-West transmet les messages importants des capitales provinciales à la capitale du département. Le téléphone et la radio n'existent pas encore.

La situation économique chancelante de tous les pays d'Amérique latine et l'inflation qui atteint des taux effarants ne font qu'aggraver les conditions d'existence de l'indien, qui voit ses ressources diminuer de jour en jour (*).

Un chou, transporté d'Aréquipa, coûte plus cher que le salaire journalier d'un pasteur indigène, exemple frappant de la menace toujours grandissante de la sous-alimentation et ses conséquences (46, 48).

2.1.2. Démographie

Les 950'000 habitants du département de Puno vivent pour la plupart sur l'altiplano du lac Titicaca, appelé aussi Collao (35).

Le 77 % de cette population est rurale, le 43 % est constitué par les enfants de moins de 15 ans (fig. 8). Ces derniers demandent un énorme investissement éducatif, activité non rentable dans l'immédiat et représentant une charge pour la société.

En 1975, la province de Carabaya comptait 30'000 habitants et celle de Sandia 44'000.

Le taux de natalité est de 26,1 % avec une tendance stationnaire depuis les dernières décénies, le taux national étant de 35,3 %. En comparaison, le taux Suisse est de 13,6 % en 1973.

Le taux de mortalité est estimé, en 1975, à 9,8 pour 1000 habitants. 43 % des décès surviennent chez les enfants de moins de cinq ans (fig. 11). Grosso modo, un enfant sur deux mourra avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

La mortalité est de 10,2 % des naissances vivantes, alors que la mortalité maternelle est de 8,7 pour 1000 naissances. Ces derniers taux sont les plus élevés du pays.

Le tableau I montre bien les différences entre les taux nationaux et les taux occidentaux (25, 35).

(*) Un développement plus complet des conditions de vie est présenté plus bas au paragraphe "Hygiène et nutrition, l'auxiliaire en tant qu'enseignant" (p. 50).



Figure 7 Une route tortueuse suivant la vallée permet de descendre de l'Altiplano à la Selva (forêt vierge).

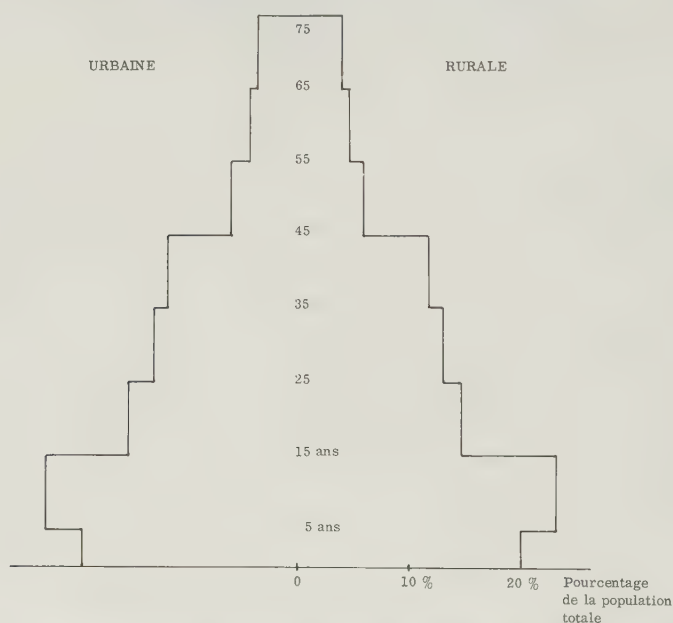


Figure 8 Pyramide des âges, les deux sexes ensemble, département de Puno (35)

Contrairement à l'usage, nous avons représenté de part et d'autre de l'axe vertical les populations urbaine et rurale au lieu des sexes.

2.1.3. Caractéristiques ethniques

Avant la conquête espagnole, le continent américain n'était peuplé que d'indiens d'origine asiatique, qui auraient passé par le détroit de Behring voici près de 100'000 ans, alors que les deux continents étaient réunis par un pont terrestre (20, 54).

En l'espace de 400 ans, l'européen s'est implanté de force sur le nouveau continent, repoussant l'indigène dans ses derniers retranchements (48).

Si l'Amérique du Sud n'avait présenté les barrières naturelles de la cordillère des Andes et de l'Amazonie, nous pouvons personnellement penser qu'il n'y resterait guère plus d'indiens qu'en Amérique du nord.

<u>Tableau 1</u>	<u>Tableau comparatif des mortalités (35, 25)</u>		
	Mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes	Mortalité maternelle pour 1000 naissances vivantes	Mortalité générale pour 1000 habitants
Département de Puno	102,1	8,7	9,8
Pérou	65,1	1,5	8,2
Europe, Etats Unis et Canada	13-60	0,1-0,3	8-14

Le croisement des races européenne et indienne a donné naissance au métis d'Amérique latine. Le conquistador et ses descendants ont structuré la colonie en y greffant leurs lois, en y transplantant leur culture, sans respecter celle de l'Inca qui fut anéantie dans un bain de sang. Il en est résulté une séparation socio-culturelle bien marquée entre l'indien et le métis (54).

Nous trouvons donc au Pérou les représentants de trois groupes ethniques : le blanc, descendant des conquérants espagnols qui vit à l'occidentale aussi bien que le métis résultant du croisement avec la race indienne. Au cours des siècles, le brassage des populations a abouti au fait que l'on rencontre actuellement tous les intermédiaires entre le type européen et l'indien de race pure (20).

La population métisse est essentiellement représentée dans la capitale, Lima, dont les 5 millions d'habitants s'efforcent de se mettre au pas de la course au développement.

Le "Misti" aussi proche soit-il du type indien, adopte le mode de vie occidental comme modèle, sous estimant souvent la richesse de la culture indienne qui, étant une culture de la terre, et de l'environnement naturel, a trop longtemps été considérée comme "sauvage" et indigne d'attention. La notion de "Misti" est surtout sociologique et relève du niveau social plutôt que du degré de pureté raciale.

Le gouvernement, très centralisé, nomme à l'intérieur des 24 départements les autorités administratives, judiciaires et policières. Un préfet représente l'autorité du président de la république dans chaque département, alors que les provinces ont à leur tête un sous-préfet.

Le prêtre, le médecin, le commerçant et le fonctionnaire qui occupent les villes de la sierra ne sont jamais de race indienne. Le métis détient donc tous les postes clés de la société, et par là, se trouve maître aussi de la destinée de l'indigène.

Vivant en voisinage avec cette société calquée sur les civilisations occidentales, l'Indien poursuit inlassablement ses habitudes ancestrales selon le modèle incaïque (7).

Morphologiquement, les indiens de la cordillère péruvienne sont divisés en deux groupes raciaux dont nous ne connaissons pas encore l'origine exacte (20). Les Quetchuas, descendants des Incas, occupent la majeure partie de la Sierra. Ils sont de petite taille, 1,60 m en moyenne, avec une cage thoracique très développée.

Les Aymaras, plus grands, sont selon la légende (54), les plus anciens habitants de la cordillère avec les Urus, race aujourd'hui disparue. Ils peuplent les rives du lac Titicaca et parlent un langage différent du quetchua.

2.1.4. Habitat et cadre de vie

L'indien est cultivateur de père en fils depuis la naissance de l'histoire du continent (fig. 9). Sa maison faite de briques de terre séchée, mélangée à de la paille, est des plus modestes. On y pénètre par une petite porte obligeant à se baisser pour franchir le seuil. L'unique pièce, sans fenêtre, sert à la fois de cuisine, de grenier et de chambre à coucher. Une fumée âcre s'échappe d'un coin de la pièce où s'est réuni toute la famille. Le maigre foyer est alimenté par de la bouse séchée, unique combustible à disposition sur la Puna aride. La famille la plus aisée aura le privilège de cuisiner sur un réchaud à kérosène, qu'elle aura pu acheter après plusieurs mois d'économie.

La famille nucléaire indienne compte trois à quatre enfants qui seront élevés selon l'exemple des grands. Jusqu'à l'âge du sevrage, soit entre un et deux ans, le petit indien accompagne constamment sa mère qui le porte sur son dos. Dès les premiers pas, l'enfant est livré à l'expérience des réalités auxquelles il est très vite confronté. Il apprend à se débrouiller et présente une grande vivacité d'esprit devant les événements de la vie. Il écoute avec attention les conversations des parents qu'il voit obéir scrupuleusement aux traditions. Le père de famille travaille aux champs et confectionne la barque de roseau qui lui permettra de pêcher sur le lac Titicaca. Pendant ce temps, la mère surveille les troupeaux d'allpagas et de moutons tout en filant la laine.

2.1.5. La psychologie de l'Indien selon le contexte historique (14)

L'indien vit depuis des siècles dans un cadre impitoyable. Tout le monde environnant a une signification sacrée, chaque chose possède son âme. Il connaît le langage du vent, des nuages, celui des animaux et des pierres. La nature l'a doté d'une résistance peu commune. Il est capable de marcher durant des jours



Figure 9 L'Indien, cultivateur de père en fils, n'obtient qu'au prix d'un dur labeur ses pommes de terre, seule plante à pousser au-dessus de l'altitude de 4000 mètres.

avec un sens de l'orientation très poussé. Sa capacité pulmonaire augmentée, ainsi que son taux élevé d'hémoglobine sanguine lui permettent de vivre et travailler jusqu'à 5000 mètres d'altitude. Son tempérament pacifique a été exploité jusqu'à nos jours pour en faire, hélas un être souvent résigné à son sort d'éternel pauvre.

Il est un peu considéré comme le "paria" avec lequel il est impossible de franchir de modestes limites dans la conversation. Sa culture est celle de l'homme vivant avec la nature. Il est donc évident qu'on ne pourra converser avec lui de la science, de l'histoire ou des concepts moraux acquis par la civilisation européenne. L'héritier de notre culture a souvent l'impression que l'Indien est sot, qu'il ne comprend pas, d'où une mésestime et un malaise profonds dans les relations humaines. Le Blanc et le Métis ne font pas souvent l'effort de se mettre à la place d'un être écrasé par un complexe d'infériorité. Les étrangers qui ont vécu dans les communautés indiennes savent que l'Indien n'est pas plus réfractaire au changement que méfiant vis-à-vis de ceux qui l'ont trompé depuis quatre cents ans. En 1532, le conquistador espagnol renversait l'empire Inca. Sans aucun respect de sa religion, de sa culture, le Blanc, imbu de "vérité" chrétienne, a écrasé l'Indien dont il se demandait s'il avait une âme.

L'histoire du Pérou, comme celle des pays voisins est marquée par les massacres, révolutions, pillages, mensonges et l'exploitation. Devant les ruines de l'oeuvre millénaire, l'inutilité de l'effort apparut à l'Inca qui ensevelit dans

un volontaire oubli le secret de ses techniques. Il ne construisit plus d'édifices de pierre, ni de ponts suspendus, perdit jusqu'à la trace des sources lointaines qui servaient aux irrigations. La céramique, le tissage, l'orfèvrerie perdirent leur âme, la créativité des époques Chavin, Mochica, Nazca, Paracas, Tiahuanaco s'est éteinte à jamais (7, 20, 53, 54, 56).

Aujourd'hui, l'indien habite dans une mesure de terre, plongé dans un mutisme souvent exaspérant. Depuis quatre siècles, il répond avant même que la phrase soit achevée par un rituel "je ne sais pas", réponse du vaincu qui ne veut rien livrer au vainqueur, réponse qui signifie refus, affirmation de solitude, acceptation de la fatalité hostile. L'intégration de l'indigène à la vie économique et politique ne peut se réaliser sans lui redonner confiance en lui-même, sans lui faire reprendre conscience de sa dignité humaine. Lorsqu'il sent que l'étranger désire l'aider et non l'exploiter, alors sa volonté se réveille et son sens pratique étonne le plus parfait universitaire.

2.1.6. Organisation sociale de la communauté indienne (7)

2.1.6.1 Persistance de l'organisation traditionnelle

À l'époque des Incas, les familles étaient réunies en un Aylu, qui reconnaissait un ancêtre commun. Chaque Aylu possédait un territoire défini servant aux cultures. En revanche, les pâturages appartenaient à l'ensemble de la collectivité qui pouvait y faire paître librement ses animaux domestiques. La réunion de plusieurs Aylus formait une communauté dont la structure est demeurée pratiquement inchangée à nos jours. Chaque communauté est dirigée par un chef, l'Hilakata, ou président de la communauté, qui est élu à mains levées lors de l'assemblée générale. Les femmes ont également le droit de s'exprimer lors des votes. Le mandat du chef de communauté dure une année. L'Hilakata propose à l'assemblée des aides, tels que le secrétaire, le vocal ou le trésorier qui sont nommés également par le principe de la majorité à mains levées. Il est responsable du développement de la communauté, de la vente des produits de la terre, de la bonne marche des écoles et du poste sanitaire.

2.1.6.2 Répartition des terres et réforme agraire

La terre appartient à l'Etat pour ce qui concerne les grandes haciendas expropriées depuis la réforme agraire. La communauté adhère à une coopérative agricole et bénéficie théoriquement des revenus globaux. Les terrains accidentés et isolés géographiquement, donc moins rentables, appartiennent toujours aux communautés indiennes, qui répartissent les surfaces cultivables entre les divers membres de la collectivité. Le Chef organise les fêtes qui seront prises en charge financièrement par "l'Alferado", notable acceptant de s'endetter parfois pour des années, mais il sera respecté des siens.

Tous les travaux sont pris en charge par la communauté, telle la construction d'une route accédant au petit village. Le sens de l'entraide existe aussi pour les besoins qui n'intéressent qu'un seul membre de la communauté. L'Ayni est une sorte de contrat moral établi entre plusieurs membres d'un voisinage. Lorsqu'il s'agit de restaurer le toit de paille d'une demeure, ceux-ci se mettent à la besogne et accomplissent rapidement une tâche qui aurait pris plusieurs jours à un maître de maison, l'obligeant à interrompre ses travaux

aux champs. En récompense, chaque travailleur recevra du propriétaire les repas de la journée.

Ces dernières années, le gouvernement a investi beaucoup dans la participation de l'Indien à la vie nationale. Des écoles se sont ouvertes dans les communautés indigènes. La réforme agraire tente de redistribuer les terres mobilisées autrefois par les grands propriétaires. L'agriculture ne représente qu'une faible partie du revenu national. Alors qu'elle pourrait être une source de richesse pour tout le pays, elle ne joue qu'un rôle secondaire, supplantée par d'autres secteurs de l'économie. La plupart des propriétés qui ont d'un demi à cinq hectares sont peu productives. Elles arrivent à peine à couvrir les besoins de ceux qui les possèdent, vu l'utilisation irrationnelle des ressources naturelles et une distribution malheureuse des terres. Ces mauvaises conditions d'existence des paysans, qui représentent la majeure partie de la population, les prix ridiculement bas des produits agricoles destinés à l'exportation aggravent encore la situation. Dans certaines régions, près de 90 % des terres appartiennent à quelques propriétaires qui mènent une existence luxueuse, pendant que leurs employés indiens reçoivent un salaire de 200 Soles (8 francs) au mois. Le pouvoir demeure entre les mains de quelques personnes qui encouragent l'exploitation de l'homme par l'homme et le système de services gratuits que l'indigène doit à son patron (48). Les grandes haciendas se sont étendues peu à peu au dépens des champs de cultures appartenant aux communautés indigènes. La réforme agraire devenait urgente, mais elle n'est possible que si elle est accompagnée de l'éducation des masses paysannes qu'il faut motiver. Des milliers d'agriculteurs organisés en coopératives ont reçu des crédits qui leur permettent d'augmenter la productivité de leurs terres. Malgré les erreurs, la lenteur de la besogne, les manoeuvres politiques et la corruption de quelques responsables, des événements significatifs se passent dans ce domaine. On peut espérer que, malgré un "creux de vague", momentanément, la situation du paysan indigène s'améliore pour lui procurer un minimum alimentaire, condition indispensable au succès des programmes de santé qu'on est en train d'établir.

2.2. La communauté indienne et sa santé

Depuis des siècles, l'indigène malade n'avait que la possibilité de recourir aux guérisseurs locaux appelés "curanderos".

Comment la population réagit-elle à la venue d'un médecin dans une région, jusqu'**alors** oubliée par la médecine moderne ?

La nature méfiante de l'Indien l'incite à "tester le pouvoir" de l'étranger chez qui l'on viendra lorsqu'il aura démontré l'efficacité de ses traitements, tout comme le Curandero dont la renommée dépend de ses succès thérapeutiques. Au début, l'Indien n'attache aucune importance aux symptômes qui apparaissent progressivement : malaises, céphalées, anorexie, douleurs abdominales etc. Il pense qu'il s'agit d'ennuis passagers et ne garde pas le lit, il continue à vaquer à ses occupations journalières. En quelques jours, son état se péjore et ainsi, avec stoïcisme, ne s'avoue vaincu que lorsqu'il n'en peut plus. Son imagination pleine de superstitions et de croyances magiques, tente de deviner la cause du mal. Il consulte un curandero, pensant qu'il sera capable de faire disparaître l'esprit malfaisant qui hante son corps. Comme il ne s'améliore pas, il

s'adresse au médecin du centre de santé qui a guéri la toux rebelle de son voisin. De toute façon, il n'a rien à perdre et les tarifs demandés sont facilement à sa portée.

2.2.1. La médecine traditionnelle (10, 50)

Comme nous le disions, l'indigène vit toujours avec son bagage culturel ancestral. Il ne comprend que très mal ce que la civilisation moderne apporte à son entourage. Pour l'homme qui vit en contact étroit avec la nature, l'explication surnaturelle de la maladie est bien connue.

Bien des vallées perdues n'ont jamais vu de médecin. D'autre part, lorsqu'un praticien arrive de la capitale ou de l'étranger, la confiance n'a pas le temps de s'établir, car le médecin n'occupera le dispensaire que deux ou trois ans. La population indigène méfiante, garde un oeil soupçonneux sur l'étranger venu s'installer sur son territoire. Les guérisseurs sont souvent connus depuis longtemps pour certains succès ; on vient parfois de très loin pour les consulter. Tous ces éléments font que les Indiens ont conservé intacte leur médecine traditionnelle qui leur vient de leurs aïeux les Incas.

Le médecin traditionnel est appelé, dans la cordillère des Andes, le "Curandero" c'est-à-dire le guérisseur. Il possède son pouvoir d'essence divine ou héréditaire. La légende dit " ... et le créateur donna un nom à toutes les herbes et fleurs et enseigna à son fils Wiracocha afin qu'il apprenne aux gens les herbes qui avaient une vertu spéciale pour guérir et celles qui pouvaient tuer ..." (4).

Le chroniqueur espagnol de mère Inca, Garcilaso de la Vega dit encore à ce propos : "les Indiens étaient de grands herboristes, du temps des Incas, ils connaissaient les vertus des plantes et transmettaient leur savoir par tradition à leurs enfants ... les espagnols confiaient leurs plaies avec préférence aux Indiens". Le médecin Inca était aussi prêtre et souvent chef militaire. Il était aussi sensé détenir un pouvoir surnaturel qui lui permettait d'entrer en relation avec les dieux et les démons.

Ces croyances sont demeurées jusqu'à nos jours pour une catégorie particulière de curanderos.

Les cas banaux relèvent du "Pampamisayoc" qui a le pouvoir de diagnostiquer et de guérir, mais il ne peut entrer en communication avec les esprits. Si le mal a l'air sérieux, on fait d'emblée appel à "l'Altomisayoc" qui fera intervenir les esprits afin d'ôter le mal du corps du malade. Le pouvoir du curandero peut se renforcer lorsque l'âme d'un autre sorcier se réincarne en lui. Son attitude inspire crainte et respect, son pouvoir de suggestion est énorme. Le local de consultation exhibe souvent des effigies des saints de la liturgie catholique que l'Indien a assimilé à des esprits. Le décor est impressionnant ; des flacons contiennent des animaux en macération dans l'alcool, d'autres renferment des herbes, des amulettes, des pierres magiques etc. Pour donner à la pratique du curandero un contenu mystérieux et magique, certains jours sont réservés au diagnostic et au traitement. Ainsi les cas difficiles sont traités les mardis et vendredis aux heures tardives de la nuit.

La proportion des personnes ayant recours au curandero est considérable. Plus de la moitié des malades indigènes consultent d'abord le sorcier local. Si le traitement pratiqué par ce dernier n'est pas efficace, ou n'opère pas assez vite, le patient n'hésite pas à se rendre au dispensaire le plus proche pour éprouver le pouvoir du médecin moderne. Très souvent, l'Indien que j'examine au centre de santé de Macusani me demande de le toucher, croyant que je suis capable de lui extirper son mal. Quelquefois, après avoir examiné un malade avec le stéthoscope, celui-ci s'en va, persuadé qu'un fluide magique a passé de mes oreilles à sa poitrine.

L'otoscope qui éclaire le conduit auditif des enfants crée beaucoup d'impression également. Et que dire de cette brave grand-mère indienne, qui s'en allait gentiment chez elle, se croyant guérie d'un mal de dent, qui avait passé avec l'injection anesthésiante avant l'extraction

La médecine traditionnelle distingue deux grands groupes d'affections selon leur étiologie : celles qui ont des causes naturelles et celles dont l'origine est extranaturelle. Le patient, comme le curandero, réalise fort bien les relations de cause à effet qui existent entre le froid et l'apparition d'une grippe ou d'un rhumatisme, l'ingestion d'alcool ou d'aliments avariés et des maux d'estomac. Les explications qu'ils donnent sont parfois étonnantes de perspicacité : les rhumatismes proviendraient de l'humidité des vêtements, les troubles oculaires sont provoqués par le vent et la poussière.

Il existe de nombreux syndromes types provoqués par des causes surnaturelles. "EL SUSTO", la peur, provoque chez celui qui la ressent de manière très forte, la perte d'une partie de l'âme se séparant du corps. Abandonné par son esprit, le corps perd son équilibre et son homéostasie, ce qui détermine la maladie. L'âme peut ainsi être volée par une colline, un torrent, un lac, par la nuit ou par une tombe. Les symptômes de la maladie sont très divers, il peut s'agir de frissons, fièvre, nausées, vomissements, diarrhées, asthénie, dépression, pâleur, céphalées, douleurs osseuses, palpitations violentes ou sommeil agité. Le traitement du "Susto" a pour but de réintégrer au corps la partie manquante de l'âme. Le curandero invoque alors l'esprit et lui ordonne de retourner au corps du malade. Parfois il faut recourir à la "Shokma" qui consiste en un bain de pétales de fleurs, suivi d'onctions diverses accompagnées de prières. Puis le curandero se rend avec les habits du malade sur le lieu où ce dernier a souffert de la peur. Là, il offre à la terre de la coca, de l'alcool, puis il retourne auprès du patient qu'il recouvre des habits à nouveau imprégnés de l'esprit perdu. Cette nuit-là, le malade doit rêver que son âme le réintègre sous la forme d'un animal.

Le procédé diagnostique et thérapeutique le plus connu est la "Limpia del Cuy" c'est-à-dire "le lavage par le cobaye". Le curandero applique un cobaye mâle de couleur noire sur les diverses parties du corps malade. Il sacrifie ensuite l'animal dont il examine les viscères, trouvant en elles l'explication du "Susto" et sa localisation dans les divers organes. Pour compléter l'examen, il éparpille de la poudre de maïs blanc sur les viscères, qu'il arrose ensuite de vinaigre. Si le cœur du cobaye s'errige, la maladie guérira, dans le cas contraire, il mourra.

La "KAIKA" est une maladie d'évolution chronique provoquant des syncopes, un malaise général, de l'anorexie accompagnée de dépression psychique. Elle est provoquée par l'émanation provenant des tombes, des cadavres ou des montagnes élevées. Ces émanations délétères ont pour but d'exercer une action nocive sur les profanateurs de sites sacrés. On soigne la Kaika en "payant" la terre avec un fœtus de vigogne, de la coca ou de l'alcool. Le "paiement" à la terre est une des méthodes thérapeutiques et prophylactiques les plus anciennes. On paie la "Pachamama" ou déesse terre avant de boire ou de manger, avant de construire une maison, de commencer les récoltes, afin qu'elle ne soit pas jalouse de ce qu'on lui prend.

"EL DAÑO", ou mauvais sort, provoque également une maladie d'évolution chronique. Elle est causée par une tierce personne qui veut du mal à un sujet déterminé. Le jeteur de sort confectionne une poupée avec les habits de la victime présumée. Des aiguilles de cactus seront plantées dans les diverses parties du corps qui auront à souffrir. Des céphalées seront ressenties par la victime lorsque la poupée qui la représente aura eu la tête percée des dites aiguilles. La tuberculose peut-être transmise en perforant les poumons de la figurine. Ainsi, le mauvais sort peut se manifester sous une multitude de symptômes correspondant aux divers organes visés par le maléfice. Le traitement du "Daño" est fondamentalement magique, à base de breuvages et potions auxquels s'associent les inévitables prières et chants du curandero.

"EL MAL OJO" ou mauvais oeil est un syndrome apparenté au précédent par le fait qu'il émane du regard d'un être méchant. La maladie peut se présenter sous forme généralisée par des vomissements, diarrhées, anorexie, et fièvre ou sous forme localisée selon la direction du mauvais regard vers le corps tout entier ou seulement sur un organe précis. Le "mauvais oeil" est fréquent chez les enfants qui sont effectivement atteints d'otite et d'infections respiratoires provoquant les dits symptômes. Pour guérir l'enfant, il faut faire le signe de croix en récitant les prières de la liturgie catholique. Certains curanderos disent même ces prières à l'envers, ce qui est, assure-t-on, infaillible !

Il existe aussi des syndrômes provoqués par des réactions conflictuelles, telles que la honte et la colère. Il suffit de prendre une potion préparée par le curandero pour en être libéré.

L'air est un agent étiologique important de la pathologie andine. "EL MAL VIENTO", le mauvais air, existe sous diverses formes : au "Sullu-Huayra" (Huayra = air, vent) correspondent des lésions dermatologiques telles qu'urticaire, prurigo et eczéma. Le "Ccicho-Huayra" désigne le lombago, le tétanos et toutes les lésions paralysantes. "L'Aya-Huayra" représente l'épilepsie, l'hystérie et les autres lésions convulsivantes. Il existe d'autres "Huayras" qui atteignent la femme après l'accouchement. On vient souvent me trouver en me disant "me ha dado aire", il m'est venu l'air, traduit littéralement.

"EL AGUA", l'eau, est responsable de bon nombre de maladies. L'eau non bouillie est connue pour provoquer des coliques et de la diarrhée. L'Indien des hautes steppes ne se lave jamais de peur d'attraper une pneumonie. Le bain est formellement contre-indiqué durant les périodes menstruelles chez la femme,

sous peine de faire émigrer l'hémorragie à la tête en provoquant des céphalées. Les bains froids sont responsables aussi de la blennorragie chez l'homme, comme le fait de lever de lourdes charges.

Il est intéressant de noter aussi la quantité de croyances accompagnant la grossesse et l'accouchement. La déficience en fer et en acide folique provoque de l'anémie chez la presque totalité des femmes enceintes. Le fœtus "aspire" le sang de la mère, selon la croyance, c'est pour cela qu'elle devient pâle lorsqu'elle est enceinte. Les femmes accouchent généralement en position accroupie. Le travail d'expulsion est facilité par la gravité, lorsqu'il n'y a pas d'assistance médicale. La matrone, ou sage-femme indienne ne coupe jamais un cordon ombilical avant la sortie du placenta. En cas de rétention placentaire, le cordon est amarré au moyen d'une ficelle, au pied de la mère, de peur qu'il remonte, tel un serpent pour ne plus jamais ressortir. J'assiste un accouchement difficile par semaine environ. A chaque fois, la mère de la parturiente lui attache fortement la tête au moyen d'un bandeau, de peur que les os du crâne ne se disjoignent par la poussée. Lorsque le bébé est né, on serre fortement la taille de la femme pour que "la boule" représentée par l'utérus ne monte à la tête.

La femme qui a accouché est particulièrement sensible au "Huayra" (à l'air). Plusieurs fois, je me suis heurté à un refus de soulever les couvertures pour examiner la patiente qui faisait une infection puerpérale.

La médecine traditionnelle est donc fortement enracinée dans la mentalité du peuple indien. Ce n'est qu'avec patience, en sachant respecter ces traditions ancestrales, que le médecin moderne obtiendra la confiance de ses patients qui croient du reste toujours en un pouvoir particulier de l'étranger, qui opère par l'intermédiaire de ses pastilles et de ses injections. Les deux types de médecine, traditionnelle et moderne coexistent, mais s'ignorent encore, le curandero craignant trop souvent la dénonciation de ses pratiques magiques par le médecin, pratiques qui ne sont en fait pas admises par la loi. Les médecins péruviens ou étrangers tentent actuellement d'obtenir une certaine collaboration des guérisseurs qui sont encore très méfiants (*). On peut cependant espérer que la situation évolue à l'avenir vers une intégration telle que celle qui est encouragée en Chine et en Inde (40).

2.2.2. La médecine moderne

Comme partout ailleurs, l'homme des Andes demande à la médecine moderne la guérison ou le soulagement des souffrances.

Les peuplades dites primitives exigent très souvent cette guérison dans un bref délai. Si la maladie a une origine magique, le traitement qui est cru magique également, devra opérer rapidement, sans quoi il est jugé inefficace. C'est la raison pour laquelle nous nous heurtons à de grandes difficultés pour les traitements de longue haleine. Le malade atteint de pneumonie ressent une amélioration rapide lorsqu'il reçoit de la pénicilline. Celle-ci est donc reconnue

(*) Voir plus loin (p. 44) la question de la candidature du curandero comme auxiliaire volontaire de santé.

comme bon médicament. La tendance sera par conséquent de l'utiliser ou de la demander pour divers maux qui n'ont rien à voir avec l'infection. Par contre, lorsqu'il s'agit d'un traitement antituberculeux, l'amélioration n'est que progressive et l'Indien, ne sentant aucun effet notable après 15 injections de Streptomycine, abandonne le traitement en prêchant partout que les injections du médecin ne valent rien.

Si l'amélioration est perçue, le patient se croyant guéri, abandonne également son traitement.

Le concept de maladie est aussi très incompréhensible pour l'indigène. Le symptôme constitue le mal à guérir à ses yeux. Il demandera "qu'y a-t-il de bon contre l'hémorragie ?", "qu'y a-t-il de bon contre le mal de ventre ?"

Un autre fait caractérise tous les peuples à faible niveau d'éducation : la compréhension des soins préventifs est pratiquement inexistante (40, 41, 42). La solution à ce problème relève avant tout de l'information et de l'éducation, d'où la nécessité de coordonner nos actions sanitaires avec les autorités éducatives (52).

L'approche du médecin consistera d'abord en l'étude du vécu indigène, condition indispensable à une certaine efficacité de notre médecine occidentale transplantée sur un autre continent. A ce point de vue, il serait bénéfique à la médecine du tiers-monde d'analyser de manière aussi approfondie que l'a fait Alfonso d'Houtaud (5) l'attitude du public face à l'ensemble des prestations que fournit tel ou tel modèle de service de santé. Dans une série d'études, l'auteur expose les attitudes et les motivations face à la médecine et aux médecins, les attentes des patients dans les domaines de la médecine préventive et de la médecine en général, ainsi que la façon dont les patients perçoivent leur médecin et ses relations avec eux. Le bon médecin du tiers monde sera avant tout celui qui aura "senté" les nécessités exprimées par des populations qui n'ont pas forcément les mêmes critères de santé, de qualité de vie et qui n'attachent pas la même importance que nous à la vie, à la maladie ou à la mort (54).

2.3. La santé publique dans le département de Puno

2.3.1. Mortalité et morbidité

L'influence du milieu sur la santé est très importante selon ce que nous disions plus haut. J. Martin (25) indique entre autres comme défavorables les conditions suivantes qui se trouvent réunies sur l'altiplano péruvien :

- Climat froid
- Terrain peu productif à cause de la grande altitude
- Population comprenant de nombreux jeunes (43 % de moins de 15 ans)
- Niveau d'instruction insuffisant
- Société essentiellement rurale (77,6 % de paysans)

D'autre part, la structure ancestrale de la famille comporte également de nombreux risques :

- Naissances à intervalle rapproché (1-2 ans)
- Morbidité élevée, surtout pour les enfants

Fréquence des maladies chroniques comme la tuberculose, 1,5 % de la population dans la province de Carabaya !

- Pauvreté extrême du paysan indien

La femme est particulièrement menacée dans sa santé lors des grossesses et des accouchements qui sont rarement assistés médicalement. Parmi les facteurs de risque chez la mère ou future mère, citons :

- la grande multiparité. Une femme de 45 ans a eu en moyenne 10 accouchements
- la petite taille de la femme indienne
- la malnutrition : alimentation à base d'hydrates de carbone, surtout.
- Antécédents d'accouchements difficiles ou d'avortements spontanés.

Lorsque l'on analyse les causes de mortalité (figure 10), on est frappé par le fait qu'il s'agit presque toujours de maladies curables par la médecine moderne et ce qui est plus important encore, ces maladies ne nécessitent que des soins de santé primaires. Il suffirait que chaque communauté comporte un auxiliaire de santé pour voir diminuer la mortalité globale de façon importante (40, 42, 58).

Les maladies de l'arbre respiratoire sont en tête de liste avec 45,7 % des causes de décès. Suivent les maladies de l'appareil digestif avec 7,9 %, la tuberculose étant représentée en quatrième lieu selon les statistiques du ministère de santé.

De notre expérience personnelle (12), nous relevons que la tuberculose sévit surtout en campagne, où les services sanitaires sont très peu représentés. A Macusani, capitale de la province la plus pauvre du département, la tuberculose représente la cause principale des décès chez les vieillards.

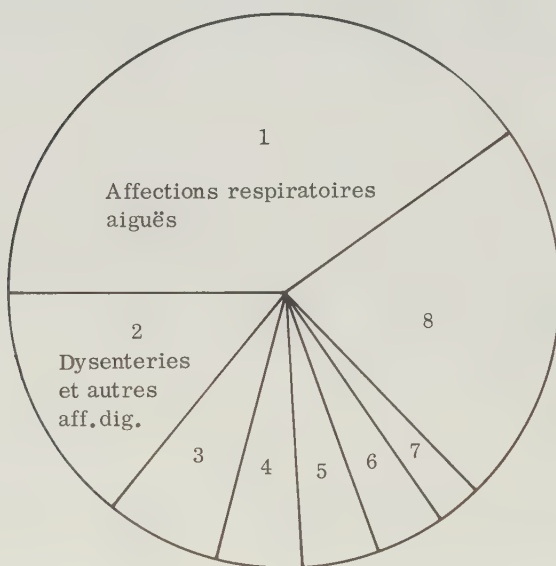
Dans le département de Puno, la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire apparaît d'emblée comme très élevée, à plus du double du taux national (Tableau 2). La tuberculose est dix fois plus fréquemment cause de décès qu'en Suisse d'après la statistique officielle. (Voir à ce sujet p. 28). Par contre les maladies mortelles de l'appareil circulatoire sont beaucoup plus rares, ce qui constitue un fait connu (8).

La figure 11 ne montre qu'une différence négligeable entre le département de Puno et le pays entier quant à la répartition des décès selon l'âge. Près de 50 % des décès surviennent chez les enfants de moins de 5 ans. Le contraste avec un pays comme la Suisse est frappant. Non seulement l'espérance de vie y est bien meilleure, mais la mortalité infantile est très peu élevée avec 3 % de décès survenant de 0 à 5 ans en Suisse contre 53 % au Pérou.

Dans les maladies étiquetées "mal définies" (figure 10) par les auxiliaires des postes sanitaires, la tuberculose apparaît souvent dans l'anamnèse du défunt si elle est prise avec soin.

Les données statistiques sont fournies au ministère par les postes sanitaires (fig. 15) dans les zones rurales. Ces postes n'étant pas occupés par des médecins, mais par des infirmiers médiocrement formés, les statistiques sont grevées d'erreurs explicables et variables quant au diagnostic exact de la cause du décès.

Tableau 2	Décès selon la cause, taux pour 100'000 personnes (35)		
	Puno	Pérou	Suisse
Maladies de l'appareil respiratoire	447,6	219,5	56,3
Maladies de l'appareil digestif	133	113	40,3
TBC	54,7	29,9	5,7
Appareil circulatoire	38,1	55,6	399,1
Accidents et violences	29,4	31,2	76,3
Grossesses et accouchements	20,9	13	0,5



1. Affections respiratoires aiguës 45,7 %
2. Dysenteries et autres affections digestives 13,6 %
3. Tuberculose 5,6 %
4. Affections circulatoires 3,9 %
5. Accidents, violences 3 %
6. Coqueluche 2,6 %
7. Complications de la grossesse et accouchements 2,1 %
8. Sénilité et états morbides mal définis 23,5 %

Figure 10 Répartition (en %) des dix premières causes de décès
Département de Puno 1973 (35)

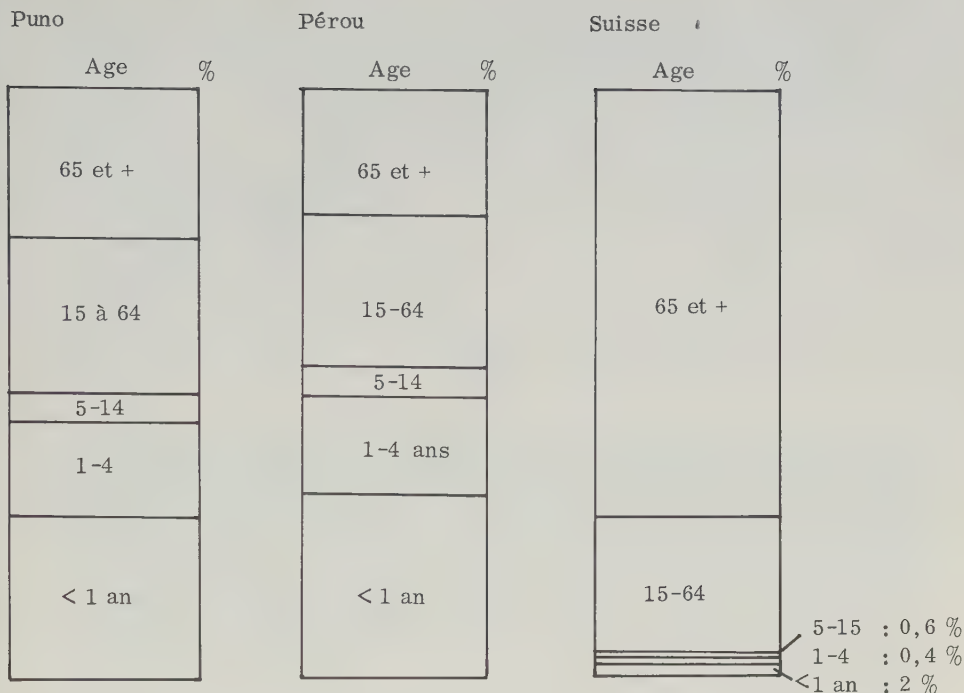


Figure 11 Répartition des décès selon l'âge (35, 39)

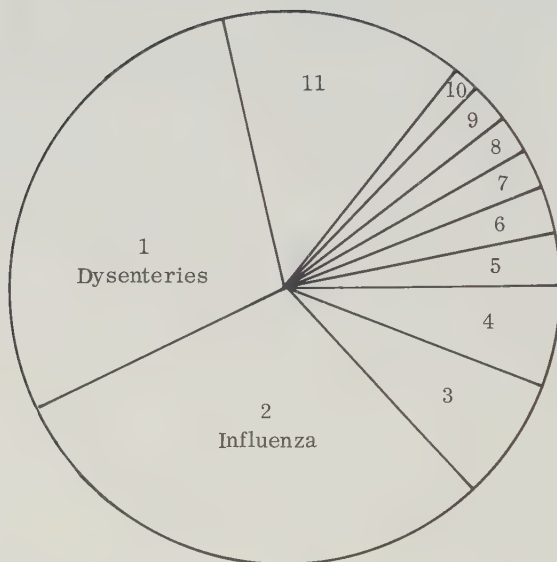
Malgré cela, il est évident que les processus infectieux sont responsables de la majorité des décès (fig. 10).

Morbidité

Les dysenteries sont observées surtout chez les enfants, en particulier le nourrisson, comme manifestation d'un processus infectieux respiratoire méconnu, d'où étiqueté "dysenterie" par le personnel sanitaire (fig. 12). Dans le centre de santé de Macusani, le 92 % des diarrhées du nourrisson (18 mois) étaient expliquées par une otite, une pharyngite ou une bronchopneumonie, fait classique en pédiatrie.

La tuberculose représente certainement une proportion plus grande que celle qui est mentionnée dans les statistiques. Elles est souvent peu symptomatique et passe inaperçue (voir aussi p.46 et ci-dessous).

Remarquons qu'une proportion impressionnante de maladies sont dues à des agents infectieux contre lesquels on peut lutter au moyen des antibiotiques. En outre, une part importante des maladies infectieuses pourrait être évitée grâce à des vaccins, notamment la TBC, la rougeole, la coqueluche etc. En fait, ce ne sont pas les vaccins qui manquent mais le personnel de santé, surtout dans les zones rurales (Tableau 3).



1. Dysenteries	30,63 %
2. Influenza	30,56 %
3. Rougeole	6,65 %
4. TBC pulmonaire	5,92 %
5. Coqueluche	3,22 %
6. Rubéole	2,56 %
7. Salmonelloses	2,29 %
8. Typhoïde et paratyphoïde	1,77 %
9. Dysenterie bacillaire	1,69 %
10. Blennorragie	1,17 %
11. Toutes les autres	13,54 %

Figure 12 Répartition (en %) de la morbidité par maladies infectieuses parmi les malades consultants dans le département de Puno en 1973. (Incidence) (31).

Tableau 3 **Taux d'incidence des maladies transmissibles au Pérou (35)**
Taux pour 100'000 habitants (1973)

Dysenterie	266,25
Influenza	265,66
Rougeole	57,80
Tuberculose pulmonaire	51,48
Coqueluche	28,00
Rubéole	22,28
Typhoïde	15,37
Blennorragie	10,13
Autres	117,81



Figure 13 La pomme de terre constitue l'aliment de base de l'Indien.
Afin d'assurer la conservation, on la fait sécher au soleil puis geler durant la nuit ; on obtient alors le "Chuño" ou pomme de terre séchée.

Une analyse systématique de la fréquence de la tuberculose, faite par les médecins suisses de Putina, Sandia et San Juan del Oro en 1974 donnait les résultats suivants :

Prévalence totale (diagnostic clinique)	697	cas
Cas avec bacilloscopie positive (Ziehl)	218	(31 %)
Taux annuel d'incidence pour 100'000	360	
(positifs à la bacilloscopie)		

Tenant compte du fait que 31 % des tuberculeux ont des bacilles de Koch dans leurs sputa, le taux de prévalence de la tuberculose s'élèverait à 1161 pour 100'000 habitants contre 51,48 de la statistique officielle. Ces différences énormes sont à chercher dans l'erreur de diagnostic des auxiliaires des postes sanitaires, et dans le fait que les régions les plus pauvres (où la TBC est la plus fréquente) étaient dépourvues de soins médicaux auparavant.

Parmi les maladies vénériennes, c'est la gonorrhée qui est la plus fréquente. On voit rarement des cas isolés de lymphogranulome vénérien ou de syphilis.

2.3.2. Impact de différents facteurs sur la santé (21,25,42)

a) Nutrition En juin 1958, l'Institut National de Nutrition a pratiqué une étude sur un échantillon de 41 familles de Macusani, chef lieu de la province de Carabaya, situé à 4350 mètres d'altitude. Il s'agissait pour cet Institut de déterminer le degré de dénutrition, afin de pouvoir établir un plan de santé à long terme, proposant diverses mesures destinées à améliorer les conditions de cultures sur l'altiplano. Cette étude a montré un déficit calorique grave, de même qu'un déficit en graisses et protéines. (Voir tableau 4). La situation n'a pas beaucoup évolué, puisqu'en 1976, les trois quarts des Indiens consultés par moi-même ne mangeaient quotidiennement que de la pomme de terre et un morceau de viande un à deux fois par semaine (fig. 13). Je me suis souvent demandé comment un organisme peut résister au froid avec seulement 1000 calories par jour. Quels sont les circuits métaboliques des femmes qui ont été hospitalisées dans notre dispensaire de Macusani avec 3 gr. d'hémoglobine % après une hémorragie du post-partum ? Les enfants également, sont dénutris dès la naissance car la quantité de lait maternel est insuffisante, bien qu'il soit commun de ne sevrer le bébé que vers deux ans (*). Par la suite, l'enfant recevra la part du repas correspondant à sa taille. Lors du repas familial, la préférence est d'abord donnée au père de famille qui travaille au champ, aux jeunes adultes, ensuite seulement aux grands parents, puis aux enfants qui doivent souvent se contenter des restes. (Voir tableau nutritionnel des enfants préscolaires, p. 30).

Toute la cordillère connaît une fâcheuse mais psychologiquement judicieuse habitude de l'indigène, qui pour tromper sa fatigue et sa faim, mâche inlassablement des feuilles de coca (37).

La cocaïne extraite ainsi provoque une anesthésie de la muqueuse buccale, anesthésie salvatrice en cas de rage de dents. L'effet sympathicomimétique provoque une anorexie et une stimulation constante qui retentissent tôt ou tard sur l'état général du "drogué". Les femmes, comme les hommes s'adonnent à la "piccha de coca". Les 75 % de nos tuberculeux sont "cocaïnomanes". La coca

(*) Selon D.B. Jelliffe (19), le faible poids à la naissance des enfants nés de mères mal nourries est très probablement la première manifestation d'un trouble de croissance d'origine nutritionnel. Nous étions frappés de constater le faible poids à la naissance à Macusani, se situant entre 2,5 et 2,9 kg. Jelliffe ajoute encore "il est à peu près certain que ce phénomène est non pas pas sous dépendance génétique mais imputable en partie à la malnutrition maternelle".

s'achète dans n'importe quelle boutique pour 80 soles (2,50 frs) la livre. L'indigène dépense ainsi tout son maigre revenu en feuilles de coca, alors qu'il pourrait s'acheter des aliments de valeur pour la même somme. Aux temps incaïques, la récolte des feuilles de coca était sévèrement contrôlée, et leur consommation limitée. Avec les Espagnols, quelques capitaines heureux obtinrent le monopole et s'efforcèrent d'en tirer le rendement maximal. De nos jours, il n'y a pas davantage d'entraves, ni d'ailleurs pour la consommation d'alcool.

"L'eau ardente" tirée de la canne à sucre se vend à des prix exorbitants et pourtant s'écoule en quantité phénoménales. Lors des nombreuses fêtes de l'année, chaque indigène absorbe quotidiennement un demi à un litre d'alcool de canne durant trois à quatre jours consécutifs. Il est courant de célébrer les événements tels qu'une naissance, un baptême, un décès même, par des libations analogues (54).

Ainsi depuis des siècles, une race entière s'intoxique lentement. Il est assez révoltant de devoir se battre pour obtenir des médicaments, alors que dans chaque petit magasin de Macusani, s'entassent des centaines de litres de ce breuvage nocif que nous utilisons pour la désinfection.

La déficience en vitamine B1 provoque très souvent, associée à l'ingestion massive d'alcool à 40°, une polynévrite avec participation motrice impressionnante. Devant le premier cas, je pensais que le patient était atteint de rage ou de tétanos.

Il y aurait un travail énorme à faire en ce sens, mais hélas, les intérêts économiques passent souvent bien avant les impératifs de la santé.

Tableau 4

Consommation journalière par personne. (Adultes et enfants ensemble). Comparaison entre Macusani, zone rurale par excellence et la ville de Puno, capitale du département (35).

	<u>Macusani</u>	<u>Puno</u>
Calories	1,015	2204
Protéines (gr.)	20	66
Graisses (gr.)	9	pas connu
Hydrates de carbone (gr.)	206	" "
Fer (mg)	7	12
Vitamines A (Ui)	359	4280
Thiamine (mg)	0,3	0,8
Riboflavine (mg)	0,5	1,2
Niacine (mg)	8,9	17,9
Vitamine C (mg)	21,7	80

La situation de la province de Carabaya est extrême ; il s'agit de la province la plus pauvre et la plus retirée. Nombreux sont les habitants de Macusani (tableau 4) qui ont une ration journalière en Thiamine inférieure à 0,3 mgr. On

considère qu'il faut 0,5 mgr. de Vit. B1 pour 1000 calories ingérées. Dans la région du lac Titicaca, la situation est bien meilleure, avec une consommation de 95 gr de protéines par personne et par jour.

En 1974, le centre de santé de Putina (mené également par un médecin suisse) a réalisé une étude sur l'état de nutrition des enfants préscolaires, appréciant le poids, la taille, le périmètre crânien et le tour de poitrine selon l'âge. Se basant sur les normes de l'OMS et en particulier sur le diagramme staturo-pondéral de Mexico (19) ils ont constaté les degrés de dénutrition suivants :

	Enfants sains	Enfants atteints de maladies infectieuses
Poids normal	50	9
Ier degré de dénutrition	6	12
IIème " "	2	2
IIIème " "	0	1
Total	58	24

Il ressort de ce tableau que les maladies infectieuses touchent d'abord les enfants dénutris. Le cercle vicieux infection-malnutrition est un fait connu (19,25).

Une étude de la région de santé de Puno avec participation de l'OMS/OPS fournit des données plus inquiétantes selon les normes de Daza et Wray (35).

Enfants préscolaires Etat de nutrition	Putina	Ville de Puno
Normal	17,6 %	81,0 %
Ier degré de dénutrition	47,6 %	14,1 %
IIème " "	28,6 %	4,4 %
IIIème " "	6,2 %	0,5 %

Mais par rapport à la population urbaine (ville de Puno), la population rurale (Putina) est nettement défavorisée.

Dans l'ensemble de la région de santé, le régime est déséquilibré, hypoprotéiné, hypolipidique, hypocalorique, déficient en vitamines A, B1, Riboflavine et sels minéraux. Il est par contre hyperhydrocarboné.

Dans le cadre de ces carences, on n'observe que des formes bénignes de malnutrition protéino-calorique de la petite enfance (19).

Les syndromes graves tels que le Kwashiorkor et l'athrepsie sont rares. "En termes généraux, le tableau clinique des formes légères ou modérées est celui d'un enfant disproportionné dont le poids est insuffisant, avec un corps d'aspect longiligne, des membres fluets, une tête qui semble trop grosse" (19). Il est rare de constater une xérostomie, des manifestations béribériques ou une ariboflavine. même si l'apport moyen semble inférieur aux normes admises qui sont en fait des valeurs conseillées (19).

b) Hygiène du milieu (35)

Les services d'eau potable sont déficients dans tout le département. Dans les petites villes, 1,52 % des habitants seulement possèdent l'eau courante. A Macusani 6 maisons bénéficient d'une installation sanitaire (WC) : le dispensaire, la paroisse et les demeures de quelques riches commerçants. Le reste de la population va chercher l'eau aux robinets de la rue qui fournissent de l'eau potable. Dans les villes de plus de 10'000 habitants du département, le service d'eau courante potable alimente 64,3 % des habitants.

Dans les communautés indiennes, il n'y a aucune source exploitée ; la population puise l'eau du torrent qui coule à proximité.

Les égoûts sont nettement insuffisants partout. 11 % seulement des habitants des villes de plus de 10'000 habitants possèdent une évacuation des eaux usées à l'égoût. La capitale du département est desservie par 32 % de canalisation d'égoût.

Dans le milieu rural, les conduites pour les eaux usées n'existent pas. L'eau puisée au torrent, une fois usagée, est jetée à côté de l'habitation. La lessive se fait dans le cours d'eau également.

L'amélioration de cet état de fait est une mesure urgente, surtout dans la forêt vierge où les maladies parasitaires intestinales pullulent.

Le ramassage des ordures est également déficient dans les villes. Il n'y a pas d'installation d'incinération. Les détritiques sont simplement jetés à la rivière ou dans une décharge. Dans les campagnes, les déchets ménagers produits en très faible quantité sont généralement enterrés. L'indigène satisfait ses besoins physiologiques simplement dans la nature.

c) Habitat

Des enquêtes réalisées dans quelques villes de la zone de Puno ont montré que les habitations à une seule pièce prédominent largement (35). Le nombre moyen de personnes par famille est de 4,6. La plupart des maisons sont faites d'adobes, briques de terre séchée ; le sol est de terre battue ou de bois et le toit de tôle ondulée ou de paille. Nous avons évoqué plus haut l'habitation de l'Indien qui comporte une seule pièce et qui loge toute la famille avec ses inséparables animaux domestiques : chiens, chats, cobayes, poules etc.

d) Education

Actuellement, 80 % des enfants en âge scolaire fréquentent l'école qui est obligatoire, dans la mesure où il y a encore de la place disponible. N'oublions pas que les enfants de moins de 15 ans représentent 43 % de la population. Le gouvernement a fait un immense effort d'alphabétisation ; même les communautés indiennes retirées ont leur petite école. Les gosses qui échappent encore à l'ins-truction sont ceux du milieu rural, car les parents utilisent dès que possible leurs enfants pour garder les troupeaux.

En moyenne, les villes comptent 63,8 % de leur population analphabète ; en campagne, le taux atteint 66 % (35).

L'éducation absorbe une énergie et des capitaux considérables, or elle ne représente pas une activité qu'on puisse considérer comme productive dans l'immédiat.

e) Situation économique

Le plus important produit brut du département provient de l'activité agricole. Sur l'Altiplano, le 80 % de la population économiquement active est occupée par ce secteur qui soutient le développement d'autres branches, spécialement le commerce. Le revenu par habitant atteint en moyenne 3000 Soles (100 francs suisses) par mois, pour la population métisse dans le sens sociologique du terme (page 13). Le revenu de l'Indien n'atteint souvent pas les 300 soles par mois.

Les 2/3 de la population sont occupés par l'agriculture et l'élevage. Le dixième s'adonne à l'industrie, un autre dixième aux services publics. Le reste fait du commerce ou travaille à la mine et sur les chantiers.

En résumé, la nutrition souvent déplorable et les conditions économiques, associées aux autres facteurs défavorisants, placent l'Indien dans une situation critique, que l'on doit même qualifier d'alarmante selon les régions considérées.

2.3.3. Structure actuelle et fonctionnement des services de santé

Bridgman, qui a consacré un livre entier à l'hôpital rural et son organisation, représente la structure "régionalisée" par un schéma (fig. 14). L'organisation hospitalière du département de Puno (fig. 15) s'inspire du concept de régionalisation (2) comprenant un système hiérarchisé et coordonné qui fait de tous les établissements de soins les pièces d'un ensemble soigneusement articulé. L'Hôpital régional comporte la gamme complète des services spécialisés, susceptibles de recevoir les malades atteints des affections les plus rares. Le centre hospitalier subdivisionnaire de zone se caractérise par la présence des services de spécialités courantes : pédiatrie, chirurgie, gynécologie, obstétrique etc. La fonction locale est représentée par des services se chargeant des maladies courantes survenant chez les habitants de la ville et ses environs immédiats. Le village sera desservi par l'hôpital rural (centre de santé) qui reçoit à son tour les malades ne pouvant être soignés au poste sanitaire.

Ainsi chaque département du Pérou est subdivisé en zones hospitalières qui sont au nombre de trois dans le cas particulier du département de Puno (fig. 16). L'hôpital régional de Puno est l'établissement le plus perfectionné du département, avec ses services de spécialités les plus variées : médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, otorhino-laryngologie, ophtalmologie etc. Il est également l'hôpital de la zone no 1 (Puno-Chucuito) comptant 187 lits et ayant sous sa dépendance 6 centres de santé, 32 postes sanitaires et 40 postes de santé communaux à charge de promoteurs de santé depuis peu de temps. La zone hospitalière no 2 de San Roman-Huancane-Lampa possède pour hôpital de zone Juliaca, 147 lits, 4 centres de santé et 24 postes sanitaires.

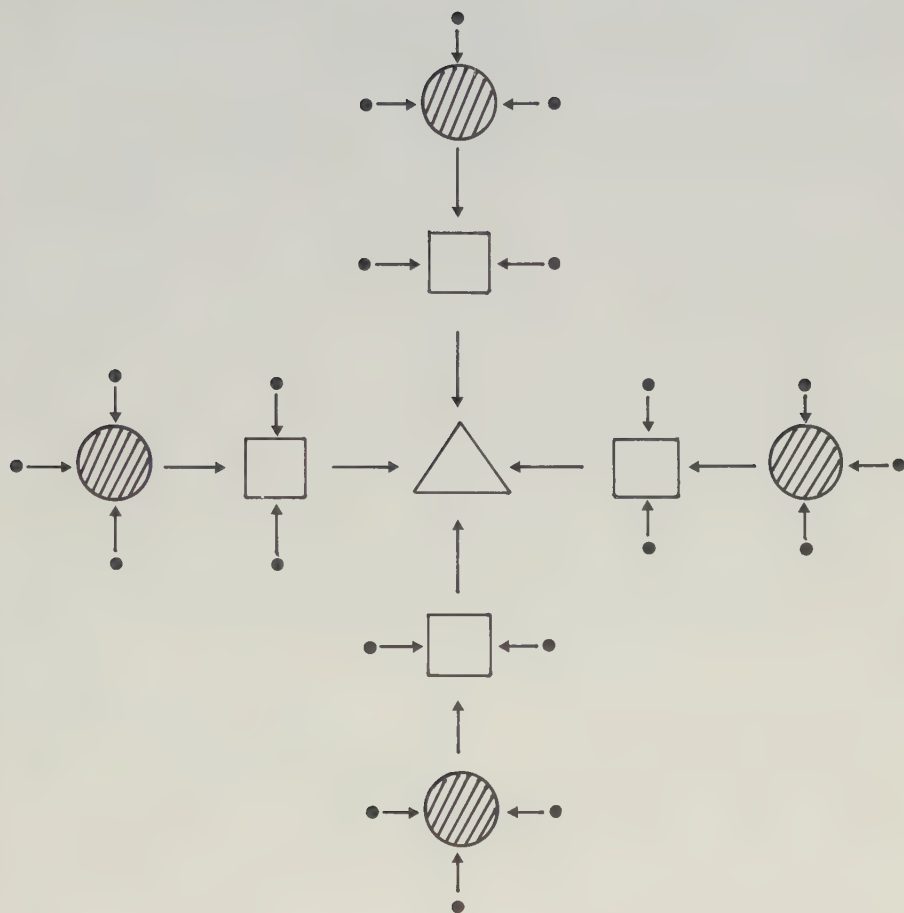


Figure 14

Schéma classique d'organisation hospitalière
"régionalisée" selon Bridgman (2).



centre hospitalier
régional



centre hospitalier
subdivisionnaire



Hôpital local



Hôpital rural
(centre de santé)

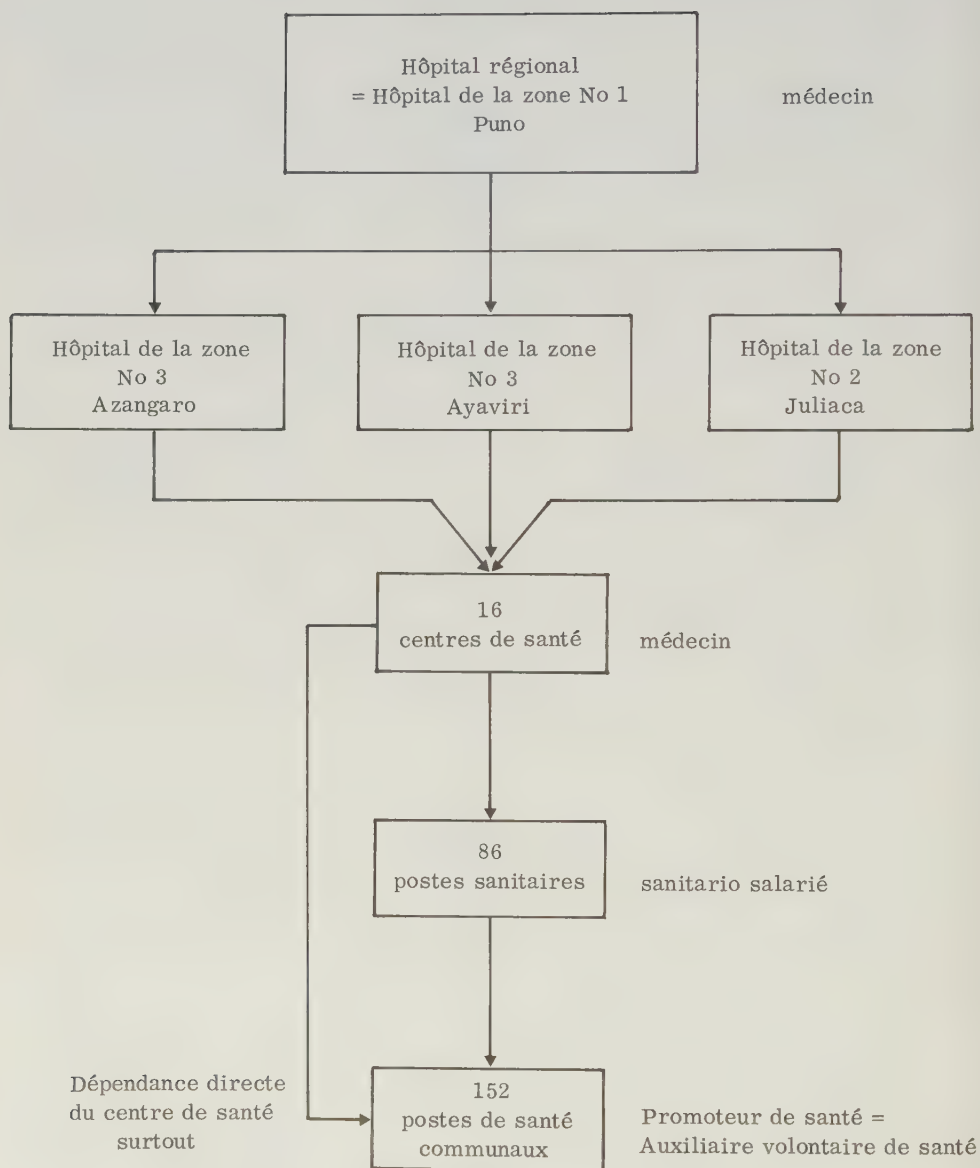


Figure 15

Organigramme des établissements de santé du département de Puno



Figure 16 Les trois zones hospitalières du département de Puno (35)

Seuls sont représentés les centres de santé de la zone No 3 et les postes sanitaires dépendant du centre de santé de Macusani.

La zone no 3 des provinces de Melgar-Carabaya-Azangaro-Sandia dispose de deux hôpitaux (Ayaviri et Azangaro) avec respectivement 86 et 16 lits, 6 centres de santé occupés tous par des médecins suisses, 30 postes sanitaires et 112 postes de santé communaux menés par des promoteurs de santé.

Le nombre de postes de santé communaux est en constante augmentation à mesure que de nouvelles communautés nous envoient des candidats. Le poste de santé communal est un élément tout à fait nouveau dans cette structure ; c'est en fait le seul poste qui dessert vraiment la campagne qui compte 77,6 % de la population globale.

Toutes les informations statistiques rassemblées par les auxiliaires sanitaires des postes sanitaires et par les médecins des centres de santé, remontent l'échelle en sens inverse pour s'accumuler au service des statistiques du département qui les transmet au ministère de la santé à Lima.

La plupart des centres de santé construits entre les années 1961 et 1974 sont restés inoccupés, par manque de personnel médical. Le ministère de la santé demande aux nouveaux médecins péruviens de consacrer deux ans de leur activité dans un centre de santé. En fait, cette mesure est mal appliquée, les étudiants que l'on voudrait envoyer en stage rural se plaignent, souvent avec raison, de ne pas disposer de médicaments et de matériel en suffisance. La pénurie en personnel sanitaire qualifié est aussi un facteur d'échec relatif. Le point capital réside surtout dans le fait que les dispensaires sont éloignés des villes, souvent à des distances de 300 à 400 kilomètres de la capitale du département. Ces médecins sont donc peu nombreux à vouloir s'installer volontairement dans les endroits retirés, sans possibilité de distractions et sans la moindre animation culturelle. Les motivations des auxiliaires sanitaires sont semblables et il est bien difficile de leur demander de rester plus d'un an dans un poste isolé. Durant leurs études, on leur présente la médecine urbaine occidentale comme un modèle de perfection, seule digne d'intérêt, tant pour l'infirmier que pour le médecin, la médecine rurale étant jugée de second rang (26, 32). La croyance trop répandue parmi les étudiants que seule la médecine universitaire est capable de fournir des soins valables, accentue donc le délaissement des dispensaires ruraux.

Nous espérons que peu à peu, les médecins suisses des centres de santé seront remplacés par de jeunes péruviens (3, 57). De larges progrès ont déjà été accomplis et l'intérêt pour les populations rurales va renaissant : ainsi les infirmières de Puno sont déjà envoyées dans les centres de santé pour un stage de 6 mois.

Chaque année, de nouveaux postes sanitaires sont inaugurés dans les districts, mais la formation des infirmiers qui les occupent est encore nettement insuffisante par rapport à la responsabilité qui les attend. Six mois d'apprentissage théorique et pratique constituent leur unique préparation après laquelle ils seront perdus dans un village de la cordillère sans cours de recyclage ultérieur. La pénurie de médicaments et leur incompétence relative provoquent le mécontentement des populations qui de plus se voient souvent imposer des honoraires exagérés. En principe, la consultation est fixée à 5 soles (20 centimes), mais personne ne contrôle l'intégrité du fonctionnaire de santé qui demande parfois jusqu'à 300 soles pour une seule injection.

Le programme de "medicamentos basicos" a été institué par le Ministère de santé péruvien en 1971. Il s'agit de médicaments de base fabriqués par les industries pharmaceutiques de Lima, dans un but humanitaire. En effet, les assurances sociales et caisses maladies n'existant que pour les fonctionnaires, la grande masse paysanne ne dispose pas d'un revenu suffisant pour acheter de quoi suivre un traitement médicamenteux au prix habituel. Selon ce programme, les groupes pharmaceutiques ont l'obligation de fabriquer en quantité suffisantes des produits de qualité garantie à des prix économiques, destinés à faciliter les actions de promotion, protection et récupération de la santé. Un traitement de 6 jours à la Pénicilline orale coûte ainsi 20 soles (65 centimes).

En fait, le programme ne fonctionne pas aussi bien que le voudrait le règlement. Lorsque nous désirons retirer tel ou tel médicament de l'hôpital de zone qui est chargé de faire la commande, on nous répond qu'il a été demandé plusieurs fois et qu'il n'arrive pas. L'hôpital régional et Lima confirment pour-tant qu'il suffit de commander pour que les produits pharmaceutiques soient envoyés dans l'immédiat. Il est ainsi bien difficile de savoir où se trouve la faille. Dans le tiers monde, les impératifs économiques priment bien souvent dans le domaine de la santé comme dans les autres tentatives de promotion sociale et c'est le pauvre qui en fait les frais, voire paie de sa vie (11). Combien de fois avons-nous été confronté, même dans un hôpital, avec l'impossibilité de sauver un patient en état de choc, faute de perfusions adéquates, faute de sympathicométiques. En une année de travail à Macusani, je n'ai pas pu obtenir un seul comprimé de pénicilline ou de sulfamidé "basico".

Dans les conditions que nous avons connues, le fatalisme et l'indifférence sont trop souvent, hélas, la caractéristique du personnel de santé qui a pourtant le devoir moral de tout mettre en oeuvre pour le bien commun.

2.3.4. Priorités du ministère de la santé

Dans son plan d'action sanitaire pour 1977-1978, le ministère de la santé du département de Puno se propose d'investir le maximum dans les secteurs suivants :

a) Médecine préventive

- Vaccinations visant à diminuer la fréquence des maladies encore trop répandues, telles que la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole et la fièvre jaune. Il s'agit également, par la vaccination systématique, de maintenir éradiquée la variole.
- Contrôle de la tuberculose et d'autres maladies transmissibles à l'aide de la prévention primaire et de la prévention secondaire par la création de laboratoires de détection des cas dans les centres de santé.
- Amélioration des conditions de nutrition, en s'attachant particulièrement aux groupes les plus vulnérables représentés par la femme enceinte et l'enfant en âge préscolaire. On se propose de prévoir des programmes d'alimentation appliqués dans les écoles, en stimulant la réalisation de jardins potagers d'école. La collaboration des ministères de l'alimentation et de l'agriculture est indispensable au succès de cette action.

- Amélioration de l'hygiène du milieu, avec un intérêt particulier pour les localités de moins de 2000 habitants, ce qui implique :

1. L'augmentation de la couverture en eau potable de 0,6 % à 10 % dans le milieu rural.
2. L'établissement d'un programme d'amélioration de l'habitation rurale en installant des fenêtres et en imperméabilisant les sols ;
3. Le contrôle des vecteurs tels que puces, punaises et dans la selva les anophèles ;
4. La construction de latrines par les élèves des écoles rurales, ainsi que la mise en place de douches à chauffage solaire (*).

Les actions de santé menées au Pérou ont déjà permis l'éradication de maladies transmissibles telles que la variole et la malaria. La fièvre jaune qui sévit dans la partie amazonienne du territoire ne se rencontre que par cas isolés, grâce à une campagne active de vaccination des populations intéressées. La leishmaniose tropicale appelée "Espundia" touche encore de nombreuses personnes dans les régions humides. Rappelons que la tuberculose constitue le fléau majeur des habitants de la Puna.

- Promotion particulière du secteur éducatif, formation du personnel par des cours et séminaires dans le pays et à l'extérieur.

b) Médecine curative

- Extension de la couverture des services de santé, en particulier pour les populations marginales de la campagne, en créant de nouveaux postes sanitaires et de nouveaux centres de santé, à condition qu'ils puissent être pourvus dès le départ de personnel ayant non seulement une formation de base suffisante, mais comme déjà dit plus haut, au bénéfice d'un perfectionnement continu.
- Insister sur les soins de santé primaires en consacrant le maximum d'effort pour les enfants et les mères.

Dans ce programme rapporté presque littéralement, le lecteur occidental sera frappé par la place modeste de la médecine curative par rapport à la médecine préventive. Selon l'optique, préconisée maintenant, notamment par l'OMS (24, 38), de mise en valeur des "Soins de santé primaires" (Primary Health Care), cette distinction entre soins préventifs et curatifs s'atténue et pourrait même disparaître dans les pays en voie de développement au profit des 3 niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) des soins.

Quoi qu'il en soit, la réalisation de tous ces programmes requiert, on ne saurait assez y insister, une éducation nécessaire à la motivation de chaque Péruvien, sans laquelle le promoteur de santé est condamné à "prêcher dans le désert" et montrer un exemple qui ne sera jamais suivi.

(*) L'ensoleillement étant très favorable, l'expérience a montré qu'on peut construire à peu de frais un réservoir d'eau peint en noir, recouvert d'un toit de verre, absorbant la chaleur des rayons solaires et permettant l'usage de telles douches.

Deuxième partie

3. L'AUXILIAIRE DE SANTE

3.1. Les premières tentatives au Pérou

L'idée initiale d'une participation de la communauté à sa propre santé remonte aux années 1925, où un médecin péruvien se mit à préparer des promoteurs de santé ou "Rijcharis", qui avaient pour mission de promouvoir certains changements culturels favorables à la santé. Leur action fut essentiellement éducative, visant à motiver la population envers l'instruction non seulement sanitaire, mais aussi dans d'autres domaines, dont la lutte contre l'exploitation du paysan indien. Cet idéal se heurta rapidement à un mur d'hostilité des blancs et des métis, qui eurent raison de cet élan de générosité.

En 1940, un autre médecin d'Aréquipa forma un groupe de promoteurs qu'il appela "Educateurs d'hygiène". Seize volontaires du district de Chucuito près de Puno s'efforcèrent de faire vivre la population de leur village dans des maisons propres, avec lumière et ventilation appropriées, tables pour les repas et utilisation de latrines et d'eau filtrée. La démonstration fut concluante et se prolongea deux ans, pour échouer, faute de crédit nécessaire à la continuation du programme. Cela avait suffi cependant à prouver à la population du village que l'on peut vivre dans de meilleures conditions.

Vers les années 1950, le programme "Puno-Tambopata" s'occupa d'un groupe de promoteurs chargés de donner de petites conférences sur la santé et de transférer les malades afin qu'ils soient examinés et soignés. Par manque de médecins, ce nouveau programme subit aussi un échec. Quelque dix ans plus tard, cinquante promoteurs de santé reçurent une instruction sommaire à Puno. Leur tâche était semblable à celle du programme précédent, avec cependant une formation spéciale du promoteur, qui devait savoir injecter de la Streptomycine aux patients tuberculeux. Les volontaires furent élus à mains levées par les communautés et l'on remit à chacun d'entre eux un équipement offert par l'UNICEF consistant en une trousse de premiers secours et une bicyclette, afin qu'ils puissent se déplacer rapidement dans leur circonscription. Faute de supervision et contrôle, 24 seulement parvinrent au village dans lequel ils devaient travailler. Les autres avaient profité de la bicyclette pour se rendre dans les villes proches, en quête de travail lucratif. Parmi les 24 promoteurs restants, deux travaillèrent plus de 6 mois. Un seul est resté fidèle à son poste et poursuit encore sa tâche.

3.2. Départ du programme actuel

Devant tant de mauvaises expériences, personne ne voulut plus entendre parler des promoteurs de santé, jusqu'en 1972. Cette année-là, l'Evêque d'Ayaviri désira trouver une solution de rechange au travail temporaire des

infirmières françaises ; elles n'occupaient un poste sanitaire que durant 2 à 3 ans et la population se trouvait à nouveau sans soins à leur départ. Il proposa au médecin d'Ayaviri de former des promoteurs avec les crédits étrangers, et surtout d'organiser un système de supervision. Selon lui, l'échec des tentatives précédentes était dû à l'absence totale de contrôle du promoteur.

La prélature engagea une assistante sociale chargée de veiller à la bonne marche du programme. Le Dr Torres, alors médecin-chef d'Ayaviri actuellement sous-directeur régional de Puno, se montra enthousiasmé par cette proposition. On demanda aux communautés des provinces de Carabaya, Melgar et Sandia (fig. 5) de nommer un volontaire pour recevoir l'instruction nécessaire durant 6 semaines consécutives. Quatre-vingt jeunes indigènes retournèrent dans leur village, instruits sur les maladies courantes et sur la façon de traiter les tuberculeux, nantis de principe d'hygiène et munis du matériel offert par la prélature et de médicaments.

Un jeune médecin français avait à charge le centre de santé de Macusani et supervisait le travail des promoteurs de la province de Carabaya. Ceux-ci venaient à intervalle régulier acheter les médicaments nécessaires au centre de santé de Macusani ou à l'hôpital d'Ayaviri. Durant deux ans, le programme fonctionna très bien, jusqu'au départ du médecin français et jusqu'au transfert à Puno du médecin d'Ayaviri. L'absence de médecin signifiait absence de contrôle et nouvel échec. La prélature ne perdit pas confiance et tenta de convaincre le nouveau médecin d'Ayaviri de continuer cette action.

3.3. Activités des médecins suisses, premiers pas et extension

3.3.1. Les médecins suisses

Depuis 1971, deux médecins suisses travaillaient dans la province de Sandia (3, 57) occupant tous deux un centre de santé construit par le gouvernement péruvien. L'Evêque d'Ayaviri et l'assistante sociale péruvienne de la prélature tentèrent d'intéresser les Suisses à leur programme au moment où ils allaient être remplacés par deux autres compatriotes. L'un des nouveaux médecins suisses passa quelques mois de formation au Guatemala, en 1973. Il s'y familiarisa avec le projet des promoteurs guatémaltèques à Chimaltenango (40), projet qui le remplit d'enthousiasme, avant de s'établir dans le nouveau centre de santé de San Juan del Oro, à quelque distance en aval de Sandia. Lors de son arrivée au Pérou, la Prélature d'Ayaviri trouva en lui un interlocuteur persuadé de la nécessité de continuer la formation initiée par le Docteur Torres. De toute évidence, un seul médecin ne pouvait dispenser des soins réguliers à des centaines de communautés indigènes éparpillées sur un territoire aussi vaste que le canton de Berne. Les médecins de Putina, Sandia, San Juan del Oro et de Macusani se sentaient écrasés par l'ampleur de la tâche. A quoi cela sert-il de passer dans un village une fois tous les trois ou quatre mois ? Une activité dispersée n'est aucunement rentable. Comment suivre les malades de telle ou telle communauté, située à deux jours de marche du centre de santé ?

Comment procurer une médication quotidienne aux tuberculeux qui représentent le 1,16 % de la population ? On peut penser qu'il n'y aura jamais assez de médecins dans ces régions reculées ni même de personnel sanitaire compétent,

les moyens financiers du ministère de santé d'un pays en développement étant très limités (42).

L'auxiliaire de santé volontaire leur est donc apparu indispensable à la pénétration d'une médecine moderne simple dans les communautés dispersées et isolées du département de Puno.

Le 9 octobre 1975, j'arrivais au Pérou avec mon épouse, assistante-médicale, pour occuper le centre de santé de Macusani. L'année suivante, deux nouveaux médecins suisses s'installaient à Asillo et Arapa. Dès 1976, nous étions donc six confrères suisses travaillant dans la même région, décidés de mener à bien le programme des auxiliaires volontaires de santé.

3.3.2. Le centre de santé, sa structure et son fonctionnement (*)

Le centre de santé est équipé en modeste dispensaire, comprenant un hall d'attente, une salle de pansements, un cabinet de consultation, une pharmacie, un petit laboratoire et deux chambres de malades.

La pharmacie est constituée en partie de "medicamentos basicos" qui se trouvent toujours en quantité insuffisante pour répondre à la demande. Nous achetons ce qui manque sous forme de médicaments commercialisés, qui sont évidemment beaucoup plus chers. Les patients paient le prix de l'équivalent bon marché, et les subventions de nos associations suisses d'entraide servent à couvrir le déficit.

Il est en effet impensable pour un campagnard de payer de sa poche un flacon de sirop de Pénicilline commerciale alors que celui-ci représente la valeur de son salaire hebdomadaire ! Par contre, le médicament "basique" permet de traiter une pneumonie jusqu'à guérison complète pour 50 soles, soit 1,50 francs suisses.

Le centre de santé dispose généralement de 6 à 8 lits qui ne sont occupés que dans les cas extrêmes où le malade ne pourrait plus se soigner à domicile.

Un petit laboratoire permet les analyses simples, telles que vitesse de sédimentation, numération des globules rouges, globules blancs, hémoglobine, sédiment urinaire, examen microscopique des selles (parasites) et des sputa.

Chacun de nos dispensaires est occupé en permanence par un portier responsable du matériel et de la pharmacie. On l'a formé également pour la recherche de bacilles de Koch par l'examen microscopique direct dans des expectorations.

Un infirmier péruvien, formé à Puno, sert d'interprète entre le médecin et l'indigène qui ne parle que le quetchua.

Les consultations ont lieu trois jours par semaine. Dix à soixante patients sont examinés journellement par le médecin (fig. 17). Le portier reçoit les patients et s'occupe de l'administration. Pour ne pas créer de dépendance auprès de la population indigène, nous demandons une petite participation de

(*) Pour la place du centre de santé dans le système des services de santé, voir l'organigramme de la figure 15.

10 soles par examen (soit 30 cts). L'infirmier assiste le médecin, confectionne les pansements, suture les petites plaies et soigne les maladies banales qui se présentent en dehors de l'horaire de consultation. Il est chargé du traitement des malades "hospitalisés", ainsi que des contrôles routiniers de température et de pression artérielle. Depuis deux ans, les infirmières péruviennes nouvellement diplômées accomplissent un stage obligatoire de 6 mois dans les centres de santé. L'activité de l'infirmière stagiaire couvre principalement les soins à la mère et à l'enfant qui représentent les individus les plus vulnérables.

De nombreux villages possèdent leur "club des mères". Celles-ci apprennent avec l'infirmière la façon de soigner et de nourrir leur bébé (29).

La pathologie courante est représentée par les infections respiratoires, diarrhées symptomatiques des nourrissons et complications obstétricales. L'indigène n'accepte l'hospitalisation que dans les cas extrêmes, tels que méningite, pneumonie grave, déshydratation du nourrisson et hémorragies du post-partum. Notre équipement permet la pratique de la petite chirurgie seulement, se limitant au plus à l'opération d'une hernie inguinale. Les abdomens aigus sont heureusement d'une excessive rareté et l'appendicite est inexistante. Dans la selva, à San Juan del Oro, les parasitoses intestinales et la gale représentent la majorité des motifs de consultation.

3.3.3. Activités en dehors du centre

Les consultations à domicile sont presque toujours motivées par les accouchements qui sont très nombreux. Le médecin n'est appelé qu'en cas de difficultés, les accoucheuses locales connaissant les mesures à prendre pour une naissance normale. La lenteur des communications, les difficultés due à l'état des routes, les distances à parcourir sont souvent responsables de l'arrivée trop tardive du médecin.

Tous les 6 mois environ, le centre de santé mène une campagne de vaccinations dans la circonscription immédiate. Nous investissons beaucoup dans le domaine éducatif, donnant fréquemment des "conférences audio-visuelles" aux enfants des écoles qui saisissent très bien les notions élémentaires d'hygiène, les principes d'anatomie et d'épidémiologie.

Parfois, il faut aller chercher un patient accidenté ou gravement malade, rouler sur des chemins scabreux et parfois marcher encore une heure ou deux (fig. 18). Votre guide vous dit "c'est ici, tout près" et il vous semble que vous n'y arrivez jamais. Un véhicule à double traction, type jeep, est indispensable au transfert éventuel de malades, ainsi qu'à la visite des districts. Nous devons parfois franchir des cols enneigés avoisinant 5000 mètres d'altitude. Le médecin doit aussi connaître la mécanique automobile, sous peine de rester un ou deux jours au froid avant que ne passe un camion sur ces chemins peu fréquentés.

Malgré tous les succès remportés dans nos diverses actions, un fossé culturel nous sépare toujours de l'indigène. Sa culture, sa morale, sa façon de réagir face à la maladie, tout est différent de nos jugements européens.



Figure 17 La consultation au centre de santé de Macusani. L'infirmière sert d'interprète entre la langue espagnole et la langue indienne (quetchua).



Figure 18 Chercher un malade à plusieurs heures du centre de santé constitue l'une des tâches du médecin de l'Altiplano.

Les résultats sont souvent médiocres en comparaison de l'effort fourni parce que nous ne sommes pas "au diapason". L'auxiliaire de santé, frère de race du malade indien, représente l'élément d'intermédiaire capital, qui saura convaincre le patient à sa manière et surtout dans son langage.

3.4. Recrutement, tâches et formation de l'Auxiliaire

3.4.1. Critères de recrutement et de sélection de l'auxiliaire volontaire de santé.

Comme pour les nombreux exemples existants dans d'autres pays (40) le choix du candidat promoteur de santé, appelé dès 1977 "Auxiliaire volontaire de santé", doit répondre à certains critères de sélection qui sont les suivants (*):

- a) L'auxiliaire volontaire est élu par la communauté indigène. Nous envoyons une information sur le travail que doit accomplir le candidat et demandons à chaque communauté de désigner elle-même le sujet qui sera le mieux apte à répondre aux besoins de son village. Le promoteur doit en effet posséder des qualités humaines, jouir d'une réputation d'honnêteté, car son rôle sera avant tout de servir les siens. Nous avons fait plusieurs fois des expériences malheureuses, où les candidats une fois élus, faisaient du commerce de médicaments ou vendaient même le matériel qu'on leur avait offert. Le curandero (guérisseur) montre parfois beaucoup d'intérêt pour la médecine moderne, d'autant que sa réputation souffre quelquefois des succès thérapeutiques remportés par le promoteur de santé. Plusieurs communautés ont ainsi élu leur guérisseur traditionnel qui se familiarisera ainsi avec les éléments de notre médecine, intégrant ainsi les deux thérapeutiques (cf p. 53).
- b) L'auxiliaire volontaire sera nécessairement originaire de sa communauté, mais surtout habitant stable et permanent. On a vu plus haut que certains promoteurs de santé, élus en 72, ont quitté leur village pour s'engager ici ou là, laissant leur tâche sanitaire de côté.
- c) Afin de pouvoir communiquer sans problème avec les patients, l'auxiliaire de santé parlera le quetchua ou l'aymara, selon la région qu'il habite, avec en plus une connaissance parfaite de l'espagnol pour recevoir l'instruction du médecin et communiquer avec les autorités.
- d) Un excellent état de santé est également une condition requise. On donnera la préférence au sexe masculin, car nous avons fait de mauvaises expériences avec les jeunes filles indiennes formées en 1972 ; lorsqu'elles devaient faire face à des charges familiales quelques années plus tard, il ne leur était plus possible de suivre sérieusement leur perfectionnement.
- e) Le candidat doit avoir au moins 18 ans. Cependant, il est préférable de choisir une personne qui a accompli son service militaire et dépassant les 25 ans, car le jeune sujet est plus enclin à quitter sa communauté. Le père de

(*) Le texte qui suit est la traduction française du programme du ministère de la santé péruvien, entrecoupé de nos commentaires personnels.

famille sera plus facilement stable que le célibataire. La maturité d'esprit est nécessaire à la parfaite compréhension et motivation dans le travail.

- f) L'auxiliaire sait lire et écrire, sans quoi il lui sera impossible de suivre des cours, envoyer des informations aux autorités sanitaires, ou établir une comptabilité correcte de ses médicaments.
- g) Le promoteur de santé doit être respecté par sa communauté. Il doit faire preuve d'esprit d'initiative et posséder un tempérament actif.
- h) Il doit disposer de suffisamment de temps libre en dehors des autres activités nécessaires à l'entretien de sa famille. L'auxiliaire surchargé par celles-ci est incapable de répondre aux nécessités sanitaires. Le médecin est encore trop souvent appelé dans un village qui n'a pas revu son auxiliaire de santé, occupé aux travaux des champs.
- i) L'auxiliaire de santé est disposé à rendre service à tous les membres de sa communauté de manière volontaire, sans esprit de lucre. Il percevra les tarifs qui sont autorisés par le médecin superviseur.
- j) Il s'engage à suivre régulièrement les cours donnés par le médecin du centre de santé en vue de sa formation et du recyclage.

Il est facile de comprendre les motifs pour lesquels ont été établies ces normes de sélection, si l'on veut que les autorités sanitaires prennent au sérieux le programme.

Le principe du bénévolat n'est pas absolument strict, dans le sens que l'auxiliaire doit recevoir une petite compensation matérielle pour le temps qu'il consacre à donner des soins. Il est autorisé à percevoir 3 soles (10 centimes) pour l'examen du malade. Le patient paie 5 soles pour un pansement. Les médicaments de base sont vendus au prix inscrit sur l'emballage. Lorsque l'auxiliaire de santé va trouver un malade à certaine distance, chaque heure de trajet est facturée à 5 soles.

Nous encourageons les bons éléments en les faisant participer à certaines réunions qui leur permettront de faire un petit voyage gratuit à la capitale.

En 1976, le personnel de santé étranger s'est réuni à Cuzco pour débattre le problème de la nutrition dans les campagnes. Plusieurs médecins péruviens ont répondu à l'invitation et douze promoteurs de santé du département de Puno ont participé activement aux débats, exprimant leurs difficultés et les nécessités premières des collectivités rurales.

3.4.2. Les tâches de l'auxiliaire de santé

3.4.2.1 Soins à la population

Il serait opportun de placer en premier lieu les activités préventives de l'auxiliaire volontaire. En fait, l'expérience a montré que le promoteur n'a aucun crédit auprès de sa communauté, s'il ne satisfait pas à la demande prioritaire des indigènes, c'est-à-dire soulager la douleur et guérir la maladie (41). "Prévenir" est un concept pratiquement incompréhensible pour l'Indien, s'il n'a pas vu d'abord ce dont est capable la médecine moderne. Les brigades de vaccina-

tions qui passent dans les villages se sont presque toujours heurtées à un refus systématique d'appliquer une injection à un individu sain. L'activité curative est donc considérée comme indispensable. Le promoteur qui n'a plus de médicaments et qui n'est pas apte à soigner les siens avec succès, ne réunira personne lors des vaccinations. L'Indien demande des preuves tangibles du "pouvoir" de son auxiliaire de santé (fig. 19).

Le concept de maladie étant difficile à faire comprendre, nous classifions les maux de façon symptomatique. On parlera ainsi des mesures à prendre en cas de fièvre, diarrhée, toux, blessures etc. Nous avons vu que les syndromes dominants de l'Altiplano péruvien sont les infections de l'appareil respiratoire.

L'auxiliaire de santé sera donc à même de répondre à la demande exprimée par les sujets consultants, grâce à un examen sommaire, la prise de la température et quelques questions bien dirigées.

3.4.2.2 Les maladies chroniques

a) lutte antituberculeuse

La prévalence de la tuberculose est alarmante dans la cordillère péruvienne. A Macusani et Putina, une analyse systématique des sputa a montré que 25 % des consultants étaient porteurs du bacille de Koch (fig. 20). Sachant que le bacille tuberculeux se développe surtout en milieu oxygéné, on peut penser que la faible teneur en oxygène de l'air est un des facteurs permettant aux individus atteints de survivre de 15 à 25 ans avec une maladie peu évolutive. En effet, l'atteinte grave de l'état général et l'hémoptisie massive se manifestent généralement lorsque l'Indien de l'Altiplano descend sur la côte ou dans la forêt vierge en quête de travail. La dissémination massive tue alors en quelques mois avec localisations méningées, péritonéales et osseuses. L'auxiliaire de santé a pour tâche de détecter les tuberculeux par le porte à porte, en quête de symptômes suspects. Les patients sont examinés par le médecin du centre de santé qui pratique une analyse microscopique du sputum après coloration de Ziehl-Nielsen. Une ordonnance de traitement est remise au promoteur responsable des injections et de la prise des comprimés adéquats par le malade. Nous utilisons avec succès le schéma thérapeutique associant l'injection d'un gramme de Streptomycine deux à six fois par semaine durant deux mois et l'ingestion quotidienne de 300 mgr. d'INH, 100 mgr. de Thioacetazone et 10 mgr. de Pyridoxine (*).

Lorsque le patient ne peut être vu par le médecin, le promoteur donne une description détaillée de la symptomatologie et achemine au centre de santé un échantillon de sputum.

Le promoteur reçoit du médecin les doses de vaccin BCG nécessaires à la vaccination des nouveaux-nés.

(*) Ces trois dernières substances étant réunies dans le comprimé Diateben^R



Figure 19

Fort de son expérience, l'auxiliaire de santé devient véritablement le "médecin" de sa communauté.



Figure 20

Aspect typique de cachexie chez une indigène tuberculeuse.

Il n'existe malheureusement pas de tuberculine à disposition des centres de santé. Quant à la prévention secondaire, il est bien difficile pour l'instant de faire accepter les mesures d'hygiène mettant en cause un mode de vie séculaire (voir pp. 14-16). La nécessité de contrôler presque chaque jour les malades, de les relancer lorsqu'ils oublient leur traitement, implique la participation obligatoire de l'auxiliaire de santé qui seul, permettra d'envisager un jour l'éradication de cette maladie endémique des populations andines.

b) Lutte contre la leishmaniose

Dans la forêt vierge amazonienne et sur les flancs Est de la cordillère sévit encore la leishmaniose brésilienne appelée "Espundia". Les habitants des provinces de Carabaya et Sandia piqués par un phlébotome vecteur présentent une plaie chronique à l'endroit d'inoculation. Après un temps de latence de près de deux ans, des métastases cutané-muqueuses apparaissent dans la région nasale et buccale. On voit parfois des indigènes avec le fameux "nez de tapir" dont le septum nasal a été totalement détruit. Les auxiliaires des villages de la selva adressent au médecin du centre de santé de Macusani ou de San Juan les cas suspects. L'affection guérit généralement en deux semaines de traitement à l'Antimoniote de N-méthyl-glucamine. Le traitement peut être supervisé par le promoteur en l'absence d'effets secondaires du médicament. L'élimination de l'insecte est encore une tâche à accomplir par le Ministère de la santé (35).

c) Lutte contre les parasites intestinaux

Les nombreuses parasitoses intestinales dues aux ascaris, oxyures, trichocéphales, ankylostomes peuvent être évitées si les habitants suivent les conseils d'hygiène de leur promoteur de santé. Le comité de santé appuie celui-ci en obligeant les enfants à porter des souliers, afin d'éviter l'infestation puis l'anémie redoutable de l'ankylostomiase. Il n'est pas rare que l'infestation massive ascaridienne provoque une occlusion intestinale mortelle.

L'auxiliaire apprend à faire bouillir l'eau, responsable encore de la transmission de l'amibiase et de la fièvre typhoïde. A San Juan del Oro, le médecin a lancé un vaste programme de construction de latrines par la population, avec l'aide des promoteurs de santé. Grâce à l'hygiène personnelle, la gale qui affectait en 1974 le 60 % de la population de ce village est devenue très rare.

3.4.2.3 Activités préventives

a) Programme mère-enfant, contraception

On a abondamment démontré que la mère et l'enfant sont des sujets très exposés aux risques de maladies (25, 41, 42). Le promoteur donne des "leçons d'hygiène" infantile assisté par l'infirmière stagiaire du centre de santé.

Par le contrôle sommaire de la femme durant sa grossesse, la détection des anémies et des symptômes alarmants, l'auxiliaire évite les incidents qui peuvent coûter la vie des parturientes, souvent mal nourries. Il doit être apte à assister un accouchement normal. En cas d'hémorragie ou autre complication post-partum, le promoteur avise de suite le médecin. Avec prudence, il peut

appliquer un utérotonique ou un antibiotique. Les matrones, accoucheuses traditionnelles sont toujours appelées en premier lieu. Le promoteur, en tant que "jeune" ne possède pas encore la "sagesse qui vient avec l'âge" pour assister couramment l'accouchement qui demeure par ailleurs, souvent "une affaire de femmes". Actuellement, on fait appel à lui lors des complications considérées alors comme médicales et relevant de sa compétence. Il n'est pas question de rivalité, mais d'habitudes ancestrales qui veulent que ce soit aux femmes ou aux "vieux sages" de s'occuper des naissances. Pour cette raison, nous envisageons à long terme de former les matrones dans le domaine des complications de l'accouchement (voir p. 79). En fait, le promoteur de santé est aussi respecté que l'accoucheur et vice-versa. Peu à peu, il appartiendra à la population de réaliser que les rôles ne sont pas nécessairement à séparer entre l'un et l'autre.

La mentalité quetchua ou aymara considère la fertilité comme très importante. L'homme ne se marie souvent que si la femme a prouvé qu'elle est capable de procréer. La planification familiale constitue donc un sujet délicat à aborder. Cependant, lorsque nous avons fait une connaissance plus intime avec les promoteurs, le sujet de la contraception a surgi de manière préoccupante.

Par manque d'information, l'Indien n'a souvent que la solution de l'infanticide pour limiter le nombre d'enfants. On laisse le nouveau-né au froid de la nuit ou bien, on ne lui donne que de l'eau à boire. Les conceptions ancestrales et les tabous sont autant d'obstacles à une certaine éducation sexuelle d'où la difficulté à appliquer les moyens anticonceptionnels. La méthode des températures ainsi que la pilule nécessitent une discipline que ne possèdent pas la plupart des indigènes.

L'injection hormonale retard supprimant la menstruation crée également un obstacle dans l'acceptation de la méthode. "Où va le sang sâle qui ne sort pas ?" demandent-ils inquiets. L'enseignement pertinent que reçoit l'auxiliaire permettra peu à peu l'acceptation des moyens anticonceptionnels, mais il reste beaucoup à faire dans ce domaine et la solution doit certainement passer par l'éducation, comme J. Martin le suggère dans ses travaux consacrés à la participation et l'action éducative (25, 27, 31, 33, 34).

b) Vaccinations

L'auxiliaire de santé joue ici un rôle capital. Il est pratiquement le seul apte à convaincre sa communauté de la nécessité des vaccinations. Fort de l'appui du comité de santé (p. 67), il réunit la population au jour convenu avec le médecin du centre de santé et applique les vaccins adéquats. Grâce à lui, les enfants des villages les plus éloignés ont reçu une immunisation contre la tuberculose, la poliomyélite, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche et la variole.

Actuellement, le promoteur ne dispose pas en permanence des vaccins qui sont stockés dans une armoire frigorifique du centre de santé. Le médecin reste donc responsable de la programmation des vaccinations et des rappels correspondants aux divers types de vaccins. Les noms des enfants vaccinés sont notés dans un cahier du centre de santé et pour les villages où c'est possible,

dans un "livret communal". L'expérience a montré qu'il est difficile pour le moment de rendre les sujets responsables d'une carte de vaccination à présenter à chaque nouvelle campagne, une certaine discipline étant encore à acquérir par les promoteurs de santé auprès de la population. La vaccination n'est pas encore ressentie comme une nécessité primordiale pour la santé ; nous avons encore beaucoup de peine à convoquer les parents à intervalle régulier, tel celui requis pour les trois injections mensuelles du vaccin DiTePer. En 1974, le médecin de Putina a appliqué 6596 vaccins. L'année suivante, les promoteurs de santé ont participé à cette activité préventive : le nombre de vaccinations s'est porté à 14'878, soit plus du double que l'année précédente. Il va de soi que les prestations effectuées ne représentent qu'une évaluation rudimentaire. Les résultats à plus long terme, notamment sous la forme d'une baisse de l'incidence de ces maladies, ne sont pas encore disponibles, faute de recul pour le moment.

c) Hygiène et nutrition ; l'auxiliaire en tant qu'éducateur sanitaire et porte-parole de la communauté en matière de réforme agraire

La plupart des maladies de l'Indien sont causées par l'absence d'hygiène et par la sous-alimentation. Son organisme mal nourri ne résiste plus normalement à un quelconque envahissement microbien. La cohabitation avec les animaux domestiques, l'absence d'eau potable et de latrines, la mauvaise hygiène personnelle sont autant de facteurs favorisant la pathologie infectieuse. La plupart des affections courantes pourrait être évitée en respectant quelques règles simples que l'auxiliaire de santé inculque à sa communauté.

Lorsque le village indien n'est pas trop éloigné du centre de santé, nous répondons à l'invitation du promoteur en collaborant à ses exposés au public. Le projecteur de diapositives, alimenté par un petit générateur, émerveille les participants et capte magnifiquement leur attention. Les éventuels compléments d'information du médecin sont traduits en quetchua par l'auxiliaire de santé. La projection de diapositives constitue une attraction pour une population qui n'a encore jamais vu cette curiosité. Il est donc difficile d'estimer la part d'intérêt porté à cette "attraction" et celle en rapport avec le contenu du message à savoir l'amélioration possible des conditions de santé. On peut cependant souligner que ce mode de "public address" convient particulièrement à une population qui n'a pas l'habitude de faire un effort d'imagination et d'abstraction, leur apportant ainsi une représentation visuelle mieux "saisissable" (fig. 21).

La sous-alimentation devient un problème aigu à mesure que les années passent. Les meilleures terres appartenant aux coopératives agraires, produisent des denrées qui ne sont pas destinées à la consommation du paysan, par exemple de l'orge pour la fabrication de la bière, du fourrage pour le bétail de boucherie ou des légumes qui seront vendus dans les villes (1). La famille indienne devra se contenter des produits de sa parcelle de terre qui se réduit toujours davantage par le partage entre les enfants, à mesure que les générations se succèdent. Pour avoir le droit de posséder des lamas et des moutons, le paysan paie un impôt à la coopérative qui rémunère très mal les ouvriers Indiens. Lorsque par mégarde un mouton s'aventure sur un terrain de l'Etat, une amende frappe encore le pasteur, lui ôtant les quelques sous qu'il aura pu mettre de côté. Après

la récolte, l'Indien vendra une partie de ses pommes de terre au tiers du prix de vente en ville, ceci afin d'acheter un peu de kérosène, des bougies, des allumettes, du sucre et du sel. La récolte de juin lui permettra de subsister jusqu'au mois d'octobre, après quoi il s'en ira souvent vers la côte ou dans une ville en quête de travail, pour revenir en janvier dans sa communauté. La nouvelle récolte subviendra plus ou moins aux besoins de la famille.

La politique agraire actuelle empêche le paysan producteur d'être aussi consommateur, en attirant la production vers la ville où règne la classe dirigeante qui satisfait ses nécessités en produits alimentaires variés grâce au pouvoir d'achat élevé. Ce phénomène est général dans les pays du tiers-monde et constitue l'un des problèmes centraux de la dénutrition des populations rurales (11, 42).

Les auxiliaires de santé doivent jouer un rôle politique dans ce domaine, en faisant part de leur besoins au gouvernement, en exigeant le droit de leurs semblables à une alimentation convenable, ainsi que leur droit à la santé. Le promoteur doit être un représentant de sa communauté auprès des autorités du pays. Les divers ministères étant représentés dans chaque province par des employés d'Etat chargés de résoudre les problèmes propres aux différents secteurs, il est du ressort de l'auxiliaire de santé de faire appel aux instances existantes. D'entente avec ses collègues, il organise, demande, "éveille" tous les siens quant à leurs besoins en moyens de subsistance.

Les prêtres de la prélature d'Ayaviri jouent un rôle prépondérant, dans l'éducation et la prise de conscience de l'Indien. Depuis des années, ils forment des catéchistes qui sont en quelque sorte les "promoteurs religieux" ayant pour mission d'annoncer l'esprit de l'Evangile à leurs communautés respectives. Ces dernières choisissent souvent le catéchiste comme promoteur de santé. Cumulant les fonctions, nommé parfois chef de communauté, l'auxiliaire devient un "leader" qui, grâce à l'appui de quelques compagnons dynamiques, fait progresser le village de manière spectaculaire. Nous pensons que ce cumul de fonctions est réellement dans l'intérêt des communautés indiennes et qu'il ne s'agit pas seulement de l'autosatisfaction des étrangers de la prélature, prêtres ou médecins. Il reste toujours très difficile de pénétrer la pensée profonde de l'indigène quant à la perspective d'une vie meilleure, tant dans l'au-delà que sur cette terre. Cela entraîne parfois comme inconvénient, une confusion des rôles du médecin et du prêtre, non pour l'auxiliaire, mais auprès des interlocuteurs. Au temps des Incas, les fonctions de prêtre et de médecin n'étaient pas dissociées, mais remplies par un même personnage capable d'entrer en communication avec les esprits, capable aussi de les chasser d'un corps malade (7). De nos jours, les Indiens ont gardé la même conception magique du prêtre et du médecin (voir p. 18 et suiv.).

Les ingénieurs agronomes étrangers ont formé également des promoteurs agricoles (fig. 22). Dans les régions bénéficiant de micro-climats favorables, les légumes et céréales poussent facilement, à condition de connaître quelques techniques telles que la rotation des cultures et l'utilisation d'engrais. Le promoteur agricole apprend les principes élémentaires de la culture des terres, comme les possibilités d'amélioration du bétail trop souvent en proie à des ma-

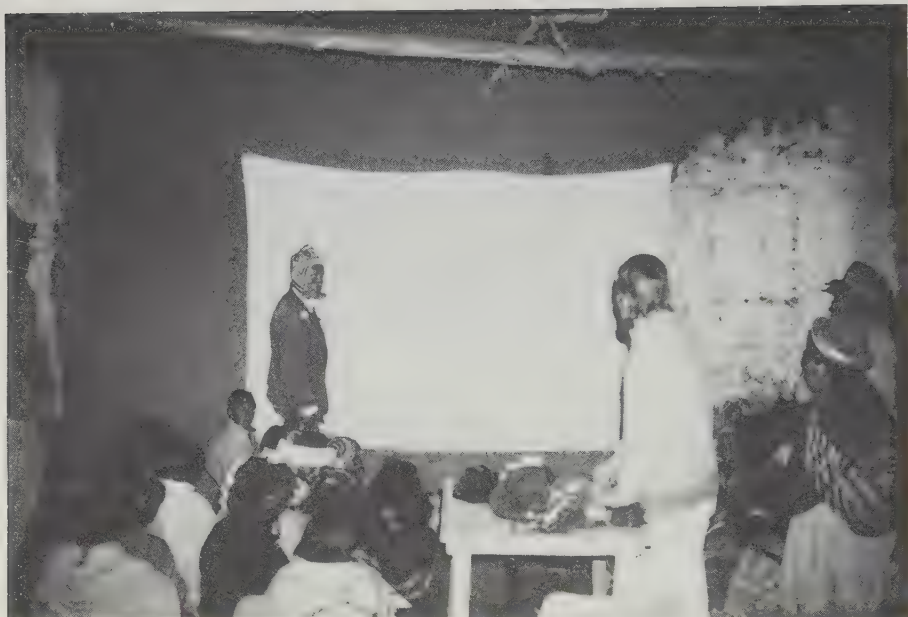


Figure 21 Séance de projection sur un thème éducatif de santé dans la communauté indienne d'Escalera.



Figure 22 Outre les promoteurs de santé, il existe également des promoteurs agricoles formés ici par les Agronomes de coopération technique.

ladies parasitaires. La difficulté principale réside toujours dans la motivation de l'indigène accoutumé depuis des siècles à sa nourriture traditionnelle.

Certaines régions possèdent leur promoteur cuisinier qui enseigne les différentes façons d'apprêter les légumes et les céréales. Il serait heureux que le promoteur de santé soit à la fois promoteur agricole ou cuisinier. Mais il ne faut pas oublier que ces fonctions constituent une charge non rémunérée pour le candidat qui se doit avant tout à son travail des champs. La coordination des éléments de développement dépend surtout d'un esprit de collaboration entre les différents promoteurs qui ne sentent pas toujours l'imbrication des divers éléments tels qu'agriculture, nutrition et santé. Il manque encore l'étincelle de la coordination et de l'union entre tous ces promoteurs, car des techniques agricoles adéquates et une bonne nutrition sont également synonymes de santé. La réaction du campagnard face à son exploitation constante par l'économie de marché, ne peut se faire que par un véritable mouvement de toutes les catégories de promoteurs affirmant leur solidarité et luttant pour la survie des leurs.

3.4.2.4 L'auxiliaire de santé et le curandero

Nous référant au chapitre traitant de la médecine traditionnelle (pp. 18-21) il est essentiel de comprendre le vécu indigène de la maladie ainsi que ses croyances sur les causes des maladies. L'auxiliaire de santé a tout intérêt à collaborer avec le guérisseur local pour lui apprendre la façon dont opère le médicament moderne, comme pour utiliser efficacement certaines des médications du curandero, telles que cataplasmes, tisanes et onguents. On ne peut nier l'efficacité réelle de certains expectorants, sédatifs ou diurétiques de la pharmacopée indigène (10, 40, 43).

Considérant le manque de médicaments modernes, leur coût parfois élevé, le pouvoir d'achat dérisoire de l'Indien, il serait bénéfique de prêter plus d'attention à un type de médecine que les occidentaux ont trop tendance à négliger. On constate que jusqu'ici les facultés de médecine, les laboratoires pharmaceutiques et les autorités sanitaires méconnaissaient ces ressources disponibles et n'ont pas contribué à systématiser leur utilisation, collaborant ainsi à l'oubli de la culture nationale.

Un heureux revirement s'est manifesté ces dernières années, stimulé par l'OMS. Dans plusieurs publications, l'OMS fait part de son programme de concentration des efforts sur les aspects psychologiques et anthropologiques de la médecine traditionnelle, sur l'acupuncture et d'autres techniques de traitement, et sur l'importante contribution des plantes médicinales à l'art de guérir. Cet effort porte non seulement sur la Chine, mais aussi sur le Mexique, l'Inde et les pays d'Afrique (40, 43).

La population, tant métisse qu'indigène, exploite cette pharmacopée de façon plus importante qu'on ne le soupçonne généralement. Il existe des spécialistes de la connaissance, de la préparation et de l'application des plantes médicinales qui pourraient trouver une collaboration de la part des professionnels de la médecine plutôt qu'une persécution. Il nous apparaît important que les auxiliaires de santé puissent exploiter les ressources des deux types de mé-

decine, ce qui est le cas pour ceux des curanderos qui ont accepté la charge de promoteur de santé de leur communauté.

Comme nous le disions plus haut (p. 44), le curandero est avant tout motivé dans sa candidature par la crainte de perdre son prestige face au concurrent que représente l'auxiliaire de santé. Je pense qu'un nombre de plus en plus grand de curanderos se rapprocheront de la médecine moderne en devenant auxiliaires de santé, les uns par intérêt, les autres par nécessité, mais avec toutefois l'inconvénient de devenir des "officiels" du ministère et d'appartenir ainsi à un certain "appareil" de contrôle ou de surveillance de l'Etat. Il est probable que le curandero perdra alors un peu de son prestige de mage opérant en dehors des institutions. Dans notre société aussi, le guérisseur bénéficie souvent de l'attrait qu'il exerce auprès des foules en opérant en marge de la médecine. Dans la mentalité populaire, le guérisseur possède réellement un pouvoir qu'il a reçu comme un don, alors que le médecin, "sait parce qu'il a étudié" et le savoir de l'un, voire son tact psychologique, l'emporte sur la science qui n'a pas encore tout démontré. Chacun d'entre nous a entendu parler une fois ou l'autre de tel rebouteux, de tel "rhabilleur" qui guérissent effectivement des maux "incurables" par la médecine moderne.

Il serait heureux d'aboutir avec les auxiliaires à une solution analogue à celle que la Chine a trouvée avec ses médecins : "Un grand nombre de médecins ayant reçu une formation classique ont également des notions de médecine traditionnelle et pratiquent simultanément les deux systèmes" (40, 42).

3.4.3. La formation de l'auxiliaire de santé

Les médecins suisses ont envisagé une formation de base donnée au centre de santé avec l'autorisation du Ministère de la santé. La durée du cours est en fonction de la possibilité pour les agents de santé de quitter les travaux des champs. L'expérience a montré qu'il est difficile de demander plus de dix jours d'absence aux auxiliaires de santé. Les cours de plusieurs semaines paraissent moins profitables du point de vue de l'assimilation de la matière, que les cours d'une durée d'une semaine ayant lieu tous les deux ou trois mois.

Lors de la première rencontre, le médecin du centre de santé donne une orientation générale sur la fonction de l'auxiliaire de santé, ses devoirs envers la communauté, envers les autorités sanitaires et ses tâches dans le domaine de la santé. Le promoteur est ensuite informé sur les concepts généraux de maladie et symptômes selon les théories de la médecine moderne (fig. 23).

Après avoir suivi le premier cours, le futur agent de santé passe un examen prouvant sa compétence, sa capacité de soigner correctement et de donner des médicaments.

3.4.3.1 Programme

Le contenu du programme d'enseignement figure aux tableaux 5 à 10.



Figure 23

Durant le cours qu'il suit au centre de santé, l'auxiliaire volontaire donne à ses camarades l'exposé de sa propre compréhension du cours, apprenant ainsi la façon d'enseigner sa communauté.

Tableau 5 Enseignement théorique de base

- a) Concepts généraux : le corps bien alimenté guérit spontanément.
Les médicaments traditionnels sont utiles, mais peuvent aussi être nuisibles. La maladie a une origine. Mieux vaut prévenir que guérir. Les traitements et médicaments modernes.
- b) Anatomie et physiologie.
- c) Examen du patient. L'anamnèse. Les techniques de prise de température, du pouls et l'observation de la respiration. Notions élémentaires de diagnostics faciles à poser.
- d) Le traitement et les recommandations au malade.
- e) Les médicaments et leur voie administration.
- f) La stérilisation des instruments et la manière d'appliquer une injection.
Le monde microbien. Les véhicules et les vecteurs.
- g) L'hygiène et l'alimentation.
- h) Les vaccins : méthodes d'application et maladies prévenues.
- i) Les premiers secours : blessures, morsures, brûlures, hémorragies, pertes de connaissance, intoxications, corps étrangers, transport de malades.
- j) Description des principaux "symptômes" : leur prévention et leur traitement. (*)

- les douleurs, les antalgiques : les céphalées, le rhumatisme, coups et blessures, douleurs articulaires, maux de ventre, rages de dents.
- les infections et leur traitement par les antibiotiques : infections externes et internes, le microbe. L'administration de l'antibiotique, son choix, la durée du traitement, la dose.
- la toux de brève durée, la toux de longue durée. La tuberculose et son traitement. Le rôle capital de l'agent de santé communautaire.
- la diarrhée et les vomissements. La déshydratation et son traitement par des mesures simples.

- k) Description des principales maladies de la zone.

- la grippe
- les infections respiratoires : bronchopneumonie, pneumonie, otite chez l'enfant.
- les maladies vénériennes.
- les parasitoses intestinales, cutanées.
- l'assistance aux accouchements. Importance du contrôle prénatal. Les hémorragies post-partum.

(*) Il semble illogique de parler de traitement d'un symptôme. En fait nous devons bien apprendre au début à l'indigène, à traiter de façon formelle la douleur ou tout autre signe révélateur d'une maladie. Ce n'est qu'avec le temps qu'il apprendra à envisager un diagnostic et à traiter le mal en cause (40).

Tableau 6 Enseignement pratique

- a) Comment soigner une blessure et confectionner un pansement.
- b) Prise de température, pouls et observation de la respiration.
- c) Stérilisation de la seringue, des aiguilles et du matériel de suture.
Technique d'injection intramusculaire, intradermique, (vaccin BCG), sous-cutanée.
- d) Toilette du malade, hygiène.
- e) Récolte d'un échantillon de sputum pour son analyse microscopique.
- f) Traitement de la morsure de chien.
- g) Assistance à l'accouchement. Comment ligaturer et couper le cordon ombilical.
- h) Mise en place d'une attelle en cas de fracture.
- i) Transport de malades.

Tableau 7

Hygiène personnelle et collective

- a) Hygiène individuelle :
 - hygiène buccale, comment et pourquoi se laver les dents
 - hygiène cutanée
 - hygiène de l'appareil excréteur
 - activité et aptitude physiques
- b) Hygiène de l'habitation :
 - nettoyage et propreté
 - préparation et protection des aliments
 - hygiène du lieu de sommeil
 - importance de l'aération et de la lumière
- c) Assainissement :
 - l'eau potable, confection d'un puits, protection de la source
 - latrines
 - contrôle des vecteurs, parasites et insectes
 - animaux domestiques

Tableau 8 Alimentation, nutrition

- a) les manières d'utiliser les aliments locaux
- b) développement d'autres cultures possibles
- c) hygiène dans la préparation et la conservation des aliments
- d) le régime équilibré
- e) la sous-alimentation et ses causes économiques, culturelles

Tableau 9 Education sexuelle

- a) la conception :
- l'homme, la femme
 - le cycle menstruel
 - la fécondation
 - développement du fœtus
- b) la naissance :
- le travail
 - l'expulsion
 - la délivrance
- c) le bien-être familial :
- l'anticonception (principes)
 - les méthodes naturelles
 - les méthodes artificielles

Tableau 10 Facteurs socio-culturels et socio-économiques

- 1) Problèmes socio-économiques de la région andine.
- 2) La culture populaire andine.
- 3) Vision de la santé et de la maladie dans la culture traditionnelle andine.
- 4) Le rôle du promoteur dans la prise de conscience de la communauté.

3.4.3.2. Méthodes d'enseignement (*)

Pour l'enseignement théorique, nous recourrons largement à l'audio-visuel, grâce à des diapositives toutes faites (Sonovisor del Perú, Lima) ou améliorées par tel ou tel camarade photographe de l'équipe. On doit toujours se servir d'exemples concrets que l'indigène soit capable de saisir. L'apprentissage de l'anatomie sera facilitée par la dissection d'un lama ou d'un corps humain en cas d'autopsie demandée par le juge. Les images doivent frapper l'esprit de l'Indien, en se rapprochant de la réalité quotidienne. On racontera telle anecdote typique de la région. Le langage adopté sera le plus simple possible et la compréhension sera facilitée par l'éventuelle traduction en langue indienne par l'infirmière du centre de santé, qui participe de façon active aux cours théoriques et pratiques.

Pour exercer l'auxiliaire dans la manière de poser les questions au malade, le médecin ou l'infirmière stagiaire répondra comme le fait l'indigène généralement.

(*) On trouvera une série de techniques pour rendre l'apprentissage et l'enseignement réalistes et efficaces dans (41)

A la question : Que se passe-t-il, où as-tu mal ?, celui-ci répond en effet par des mots vagues tels que : "je suis mal, je suis malade", au lieu de préciser les symptômes qui le gênent tels que toux, fièvre, douleurs etc. Il faut donc apprendre à l'auxiliaire à poser des questions précises et variées afin qu'il ne tombe pas dans la facilité de traiter le symptôme sans se demander de quelle affection il s'agit. Le réflexe du promoteur à la réponse "je tousse" sera de donner un médicament contre la toux, sans se demander s'il s'agit d'une bronchite banale, d'une pneumonie ou d'une tuberculose.

Malgré plusieurs années de formation continue, l'indigène a beaucoup de peine à différencier symptômes et maladies. Il faut donc stimuler l'auxiliaire de santé de façon constante pour que ses questions soient variées et complètes à la recherche du mal en cause.

La consultation du centre de santé constitue le lieu idéal d'apprentissage pratique : la température rectale du nourrisson, la façon de lui administrer sa cuillère de sirop sans que le liquide ne se perde autour de la bouche ...

A trois ou quatre, les auxiliaires de santé assistent à l'anamnèse effectuée par le médecin. Ils observent les signes de déshydratation auprès d'un enfant qu'une mère vient d'amener. Tel écolier s'est fait mordre par un chien trois jours auparavant ; le ganglion satellite est palpé par l'auxiliaire qui propose au médecin le traitement adéquat et injectera lui-même la pénicilline sous les yeux attentifs de l'infirmière.

Il est capital d'insister sur la façon dont le malade prendra ses médicaments. Les explications répétées ne sont pas superflues. L'auxiliaire fera comprendre au patient qu'il ne guérira pas plus vite en avalant ses comprimés tous à la fois. Il fera redire au malade combien de comprimés doivent être ingérés par jour et à quel moment de la journée. Le vécu indigène de la maladie doit être parfaitement acquis par l'enseignant, sous peine de voir échouer le plus simple des traitements.

Etre le témoin de l'émerveillement de l'auxiliaire de santé qui regarde pour la première fois dans un microscope, est l'une des joies que peut connaître le médecin qui travaille dans le tiers-monde. Comparant la taille d'un cheveu à celle d'un microbe, le promoteur découvre l'univers bactérien et du même coup réalise la pathogénie des maladies infectieuses. Ainsi l'hygiène n'est plus un mot abstrait, mais devient une réalité qu'il faudra appliquer à tout prix dans la communauté.

3.4.3.3 Le poids des coutumes

L'agent de santé doit apprendre à lutter contre certaines coutumes incompatibles avec la guérison possible, telles que le fait de "couper l'eau" aux enfants souffrant de diarrhée ou l'abandon d'un traitement dès que le malade se sent mieux. Ce travail est délicat, exige de la patience et de la souplesse dans l'acceptation de principes contraires aux coutumes suivies de génération en génération. Si le promoteur perd courage, le médecin insistera à chaque nouveau cours en visitant au besoin la communauté.

L'application des mesures d'hygiène constitue toujours une difficulté majeure à surmonter, car il s'agit de rompre avec une habitude ou une "paresse" ancestrale. "A quoi bon se laver les mains, puisqu'elles seront sales à nouveau d'ici une heure ou deux ?" Il faut aller chercher l'eau à la rivière qui est à dix minutes de marche. Eviter la contagion de la tuberculose signifie augmenter la surface habitable et créer de nouvelles pièces dans la maison que depuis des générations, l'on construit petite et sans fenêtre.

La politique économique du pays conditionne en majeure partie l'alimentation des populations rurales qui sont toujours en équilibre précaire. Le promoteur de santé est stimulé par le personnel sanitaire, afin qu'il soit également promoteur d'une meilleure alimentation, en utilisant les ressources proposées par les ingénieurs agronomes. Les coutumes alimentaires peuvent être modifiées à force de patience et de temps. Un employé du centre de santé de Putina a appris à cuisiner à l'européenne de façon parfaite mais, une fois chez lui, il ne prépare que la soupe aux pommes de terre qu'ont mangé ses aïeux. Il est donc essentiel de motiver le jeune, qui seul, habitué dès l'enfance à une alimentation équilibrée, poursuivra dans la bonne voie.

3.4.3.4 Manuel de l'auxiliaire de santé (*)

Le premier guide à l'usage de l'agent de santé communautaire fut élaboré au début de l'année 1976 par les médecins suisses de la zone, en collaboration avec le personnel de la région de santé (fig. 5) de l'Hôpital de Puno.

Le Ministère de la santé s'est occupé de l'impression du livret, afin que tous les promoteurs formés jusqu'alors puissent bénéficier d'un manuel de référence. En cent dix pages, les auteurs donnent aux auxiliaires les éléments de référence essentiels à la réalisation de leur travail.

Les chapitres traités sont les suivants :

- devoir du promoteur envers sa communauté et les autorités sanitaires
- anatomie simplifiée et physiologie
- techniques de prise de température et pouls
- cahier de contrôle du promoteur de santé
- comment mesurer, préparer et donner le médicament
- stérilisation des instruments (seringues, matériel de suture)
- technique d'application de l'injection intramusculaire
- prévention des maladies infectieuses par l'hygiène
- alimentation équilibrée
- les vaccinations, leur importance, leur application
- premiers secours : blessures, morsures, brûlures, hémorragies, fractures, pertes de connaissance, empoisonnements, corps étrangers, transports des malades

(*) Le manuel du promoteur existe depuis de nombreuses années au Guatemala. En Chine, le manuel du médecin au pied nu sert également de guide journalier. L'OMS a publié en 1977 une édition expérimentale d'un guide de travail destiné à l'auxiliaire de santé, modèle du genre, à adopter dans chaque pays du tiers-monde en fonction des caractéristiques et des besoins des maîtres et des élèves (41).

- les douleurs et leur traitement : mal de tête, mal de dos, coups et blessures, douleurs articulaires, maux de ventre, rages de dents
- les infections et leur traitement par les antibiotiques. Dosage et contre-indications des antibiotiques
- la toux de brève durée, la toux de longue durée
- la tuberculose et son traitement
- diarrhée et vomissements : traitement. Comment réhydrater un enfant
- glossaire des médicaments utilisés par l'auxiliaire de santé et posologie.

Le manuel est abondamment illustré et s'adresse à l'agent de santé en un langage qui soit à sa portée, avec quelquefois des expressions locales, ou indiquant les noms des maladies telles qu'elles sont connues dans la langue indienne (fig. 24, 25, 26).

Le guide a été conçu pour la pathogénie la plus communément répandue dans la cordillère. Il constitue un premier essai de vulgarisation qui s'est avéré fructueux dans le rendement de l'auxiliaire de santé. Un nouveau manuel plus complet est en préparation à l'hôpital de Puno pour la fin de l'année 77.

3.4.3.5 Matériel et pharmacie

Durant le premier cours de base, le médecin du centre de santé remet à chaque nouveau candidat le manuel de référence, un équipement de travail (tableau 11) et un lot de médicaments de première nécessité, (tableau 12).

Tableau 11 La Trousse de travail de l'auxiliaire

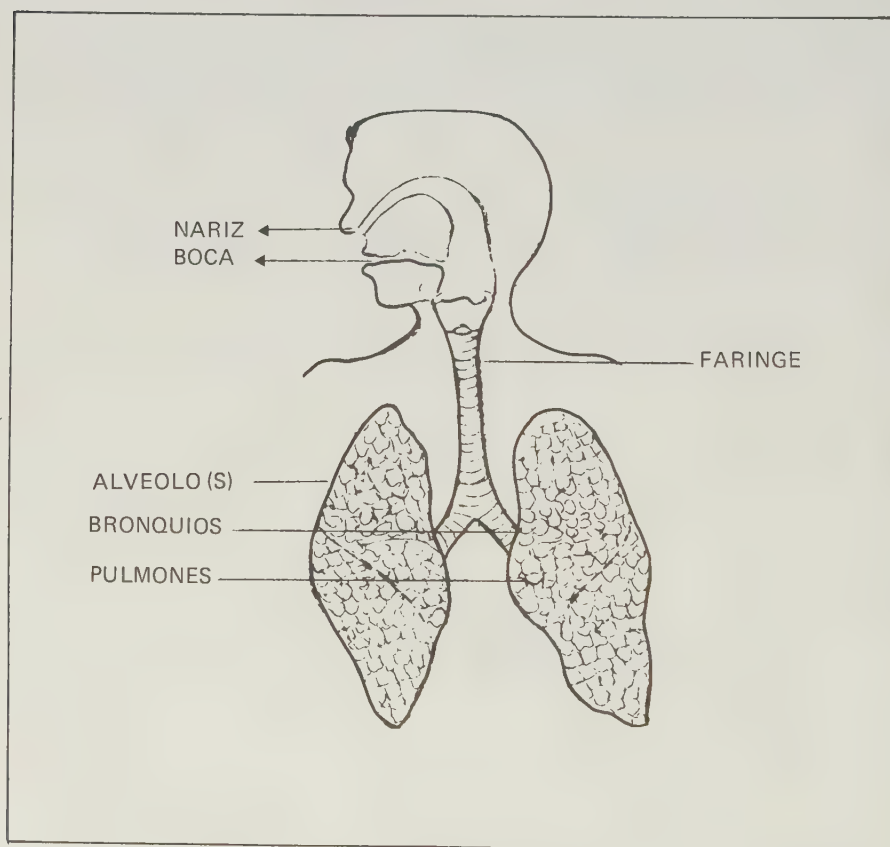
- 2 seringues, 6 aiguilles i.m.
- 1 boîte métallique pour stérilisation
- 1 thermomètre rectal
- 1 thermomètre oral
- pince
- 1 paire de ciseaux
- 2 limes pour ouvrir les ampoules injectables
- 2 cahiers de contrôle et supervision
- 1 carte d'identité fournie par le ministère de santé après un an de travail fructueux dans la communauté.

Selon les capacités de l'auxiliaire de santé, le médecin peut élargir l'éventail des médicaments avec des vitamines du groupe B injectables et d'autres antibiotiques, à condition de faire connaître les contre-indications. Le promoteur de santé travaillant en zone tropicale pourra poursuivre le traitement antiparasitaire commencé par le médecin et sous son contrôle. Il dispose en permanence de médicaments antituberculeux qu'il administre selon l'ordonnance du médecin.

Actuellement les médicaments de base ne sont fournis malheureusement qu'en quantités insuffisantes par le ministère de la santé qui n'attache pas encore assez d'importance à la médecine rurale simplifiée. Trop souvent, nous attendons au centre de santé des commandes de médicaments commerciaux qui ne sont pas livrés, faute de bonne volonté des employés. On a tendance à penser dans les villes que les campagnards n'ont besoin de rien, que la nature est à eux ! Autant que le médecin ou l'infirmière hospitalière, l'agent de santé reçoit des malades réclamant des soins, donc des médicaments.

Figure 24 a

T O S Y F I E B R E



Son síntomas que vienen de los pulmones.

Los pulmones sirven para respirar aire fresco y para votar aire usa do.

Las enfermedades del sistema de respiración les conocemos como tos negra, tos y fiebre, costado y mal viento acá solo vamos a hablar de la bronconeomonia.

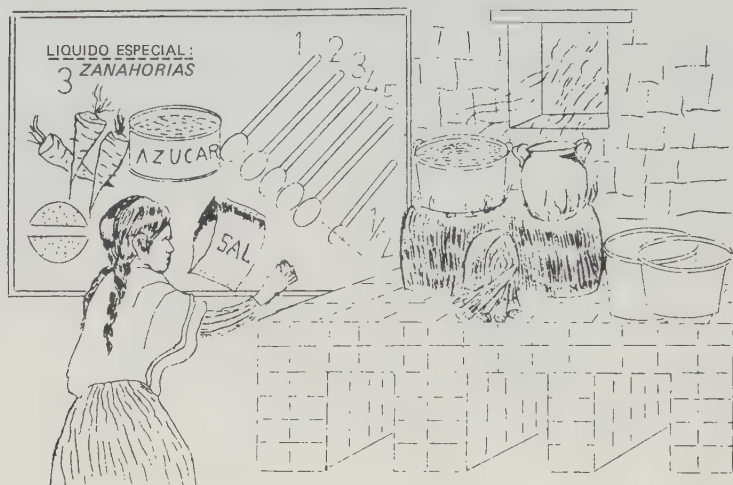
Figure 24 b

LA BRONCONEOMONIA DE LOS BEBES

CAUSA : Una infeccion de los alveoli por microbios.
 Estos alveoli se llenan con pus y materia y la impide que respire bien.
ALVEOLI. - vesiculas de aire.

TRATAMIENTO : Medidas generales. - El bebe respira mejor que cuando està echado.
 Como el bebe tiene fiebre y suda nesecita tomar bastante liquido.
Medidas Concretas. - Hay que tomar antibioticos para matar los microbios malos (pencilina benzatinica)

Figure 25



5 cucharaditas de azúcar
 1/2 cucharadita de sal
 3 zanahorias o 1/2 de una naranja.

ENFERMEDADES COMUNES EN NIÑOS MAYORES DE UN AÑO.

1. - RESFRIO CUMUN. - En este caso existe infección de la nariz y aveces de la faringe.

SINTOMAS : Se tapa la nariz, sale moco blanco o verde de la nariz.

TRATAMIENTO : Limpiar la nariz frecuentemente
 Vestirse bien caliente, tomar líquidos calientes (mates).

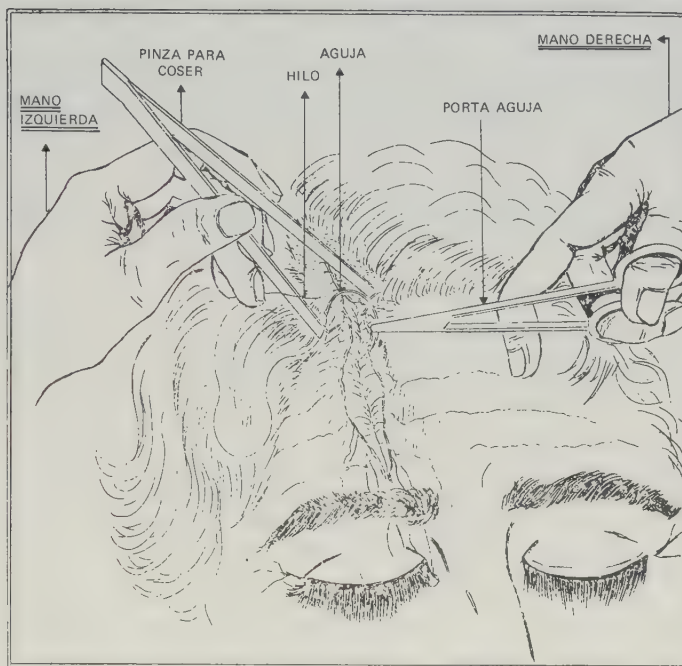
En caso grave, gotas nasales (Neo Sefrina)

PREVENCION : Vestirse bien
 Bañarse cuando hay sol y hace calor.



Figure 26

SUTURAR LOS CORTES



En el caso de un corte, existen dos partes de carne, divididos.

Lo que nos importa para sanar esta lesión es acercar los dos lados. Cuando se puede realizar esto con esparadrapo o con una venda, no hay necesidad de suturar (coser).

Si cuando no se puede cerrar el corte de otro modo, hay que suturar.

Aprender a suturar es una cosa de la práctica que enseñamos al Promotor en su comunidad, uno por uno. Lo que se tiene que aprender es suturar siempre en mismo orden :

1. - Lavar las manos bien con agua y jabón.
2. - Limpiar el corte como en curaciones : agua
agua oxigenada
bordes con mertiolate
3. - Suturar con : Portaaguja y aguja
Pinza con diente
tijera
4. - Cubrir el corte, recién suturado, con gasa con mertiolate, esparadrapo o venda

Tableau 12Médicaments de première nécessité dont dispose en permanence l'auxiliaire de santé

- 1 flacon de désinfectant type mercurochrome
- 1 flacon d'alcool
- 1 flacon d'eau oxygénée
- de la gaze stérile et du coton hydrophile
- 1 rouleau de sparadrap
- 4 flacons de sirop antidiarrhéique
- 50 comprimés d'Aspirine
- 10 comprimés d'analgésique mineur, type Novalginé^R
- 2 ampoules d'analgésique mineur
- 2 ampoules de spasmolytique (Buscapine^R)
- 2 flacons de sirop sulfamidé
- 50 comprimés de sulfamidé retard
- 25 comprimés de Pénicilline V
- 10 ampoules de Pénicilline G sodique ou Procaine
- 2 flacons de Pénicilline V sirop
- 10 comprimés d'Antacide
- 1 tube d'onguent ophtalmique de chloramphénicol ou tétracycline
- 5 flacons de Streptomycine injectable et autres antituberculeux

3.4.3.6 Cours de perfectionnement

Tous les deux mois, les auxiliaires de santé des communautés proches du centre de santé viennent y recevoir une formation complémentaire théorique et pratique d'une durée de trois à cinq jours. Nous groupons les candidats en classes de capacités différentes et adaptons la teneur du cours au degré de formation déjà acquis par chaque classe. Nous insistons également sur la pathologie propre à chaque secteur. Par exemple, les promoteurs des régions tropicales seront avant tout orientés sur les parasitoses et les conditions d'hygiène. Les promoteurs de santé expriment souvent eux-mêmes leurs désirs quant à la teneur des cours.

Dans les districts les plus éloignés, le médecin profitera d'une visite pour convoquer les promoteurs et donner sur place le cours de perfectionnement.

Ce recyclage est indispensable à la consolidation des notions apprises, car en dehors du manuel, l'agent de santé ne possède pas de références pour rafraîchir sa mémoire.

3.4.3.7 La supervision de l'agent de santé communautaire

On a vu plus haut que les programmes précédents de formation de promoteurs avaient échoué, faute de supervision. Le contrôle est d'importance primordiale quant à la continuité de leur travail. Le promoteur livré à lui-même, sans médicaments, abandonnera son travail s'il ne peut compter sur les moyens matériels que lui fournit le médecin du centre de santé. Il paraît évident que les médecins suisses de la région s'en iront un jour au l'autre. Le ministère de santé

est donc en train de planifier une supervision par des infirmières qui s'occupent déjà à plein temps de la formation des auxiliaires de santé. Il est indispensable que des médecins péruviens occupent dans l'avenir les centres de santé existants, rôle qui paraît encore difficile à remplir pour le moment à cause du manque de médecins.

Chaque mois, l'auxiliaire volontaire vient au centre de santé pour y acheter les médicaments manquants et pour remettre au médecin le cahier de contrôle et supervision. Il s'agit d'un journal de consultations dans lequel l'agent de santé anote ses constatations (tableau 13).

Tableau 13 Exemple du relevé de la prise en charge d'un cas telle qu'elle figure dans le journal des consultations d'un auxiliaire de santé

Date	Nom, prénom	Symptômes et diagnostic	Traitement, médicament et recommandations	Somme perçue
9.3.76	Maria QUISPE 30 años Macusani	toux depuis une semaine avec crachats jaunâtres temp. 39,5 respiration rapide. Pneumonie	1 amp. 1 Mio. Pénicilline chaque jour jusqu'à guérison Aspirine, 2 comprimés 3 fois par jour Boire beaucoup de liquide. Repos au lit.	35 Soles 10 Soles

Le médecin corrige les éventuelles erreurs de relevé, contribuant ainsi au perfectionnement de l'auxiliaire à cet égard. Après deux ans de travail, on peut dire que les promoteurs de santé, d'intelligence moyenne ne font pratiquement pas d'erreurs de traitement (*). Lors des réunions au centre de santé, les cas difficiles sont discutés avec le médecin qui oriente toujours mieux l'agent de santé dans la recherche du diagnostic. Les compétences se limitent bien sûr aux maladies fréquentes dont le promoteur a entendu parler aux cours. Les syndromes complexes ou les cas rebelles à la thérapeutique sont adressés par lui au centre de santé.

3.4.3.8 Le comité de santé de la communauté

Il est d'importance primordiale pour chaque auxiliaire de santé de pouvoir compter sur l'appui de sa communauté (17,41). De nombreux échecs et abandons de travail sont dus à l'isolement d'un promoteur livré à l'indifférence des siens. Nous encourageons donc les autorités du village à nommer un comité de santé destiné à appuyer l'auxiliaire volontaire dans toutes ses actions, qu'il s'agisse de récolter quelques fonds pour la construction de latrines, de réunir la communauté pour un cours d'hygiène ou encore pour exiger que les tuberculeux suivent leur traitement. Le comité de santé renseigne la communauté sur

(*) On relevait chez les promoteurs de santé du Guatemala, 9 % environ d'erreurs thérapeutiques vers les années 68 (40).

les capacités du promoteur, contrôle son activité et le maintien de sa compétence ; au besoin, il peut élire un autre promoteur si le candidat proposé est défaillant.

3.5. Le financement de la formation

Les programmes antérieurs ont été financés par le ministère de la santé qui procurait logement et pension dans les locaux hospitaliers. Le matériel du promoteur, comme du reste une grande partie du matériel des centres de santé, furent offerts par l'UNICEF.

Le programme actuel des promoteurs de santé, initié en 1972 à Ayaviri, fut pris en charge par la prélatrice. L'hôpital y contribuait (logement et pension). Les auxiliaires de santé des provinces de Carabaya, Melgar et Sandia reçurent leur matériel de la prélatrice, financé par des dons de France. Par la suite, les associations suisses qui avaient engagé les médecins helvétiques des centres de santé appuyèrent nos actions en payant à chaque promoteur le voyage jusqu'au centre de santé, l'entretien alimentaire et le logement. Lors du premier cours, chaque auxiliaire recevait un lot de médicaments en prêt, dont il se portait garant, s'engageant à rembourser la valeur en espèces au cas où il abandonnera son travail. Le prêt devenait symbolique pour le promoteur s'acquittant consciencieusement de sa tâche pendant plusieurs années. Les auxiliaires de santé formés à Puno, le furent grâce à l'appui de l'UNICEF et de l'Organisation Panaméricaine de Santé, (OPS), qui fournissent un équipement très complet avec une bicyclette.

Les Suisses ont récompensé le travail des promoteurs enthousiastes en finançant la construction de plusieurs postes de santé communaux.

3.6. Crédit du programme auprès des autorités sanitaires péruviennes

3.6.1. Le cheminement vers l'acceptation

En novembre 75, le médecin suisse de San Juan del Oro mit toute son énergie à présenter les avantages du système de promoteurs au directeur médical de Puno. Ce dernier, portant un intérêt particulier pour la Selva, eut des entretiens fréquents avec notre collègue suisse. A vrai dire, sa première réaction fut une réaction de méfiance due aux échecs antérieurs. Peu à peu, grâce aux résultats présentés par le praticien de San Juan dans les domaines du traitement antituberculeux, du nombre d'habitants vaccinés et de l'éradication de la gale, le médecin-chef de Puno se laissa convaincre et accepta de faire imprimer une carte d'identité officielle pour le promoteur de santé.

Ainsi, l'agent de santé communautaire travaillant depuis 1972 devenait un collaborateur reconnu du ministère de la santé, étape importante à franchir, puisque tant au Guatemala qu'au Pérou, les programmes de promoteurs avaient toujours été organisés par des étrangers.

3.6.2. La participation du Ministère de la santé (3)

En mars 1976, les autorités sanitaires de Puno firent imprimer le premier manuel de promoteurs de santé. Quelques mois plus tard, soixante quinze promoteurs reçurent une formation à l'hôpital de Puno, pour étendre la couverture

sanitaire sur les bords du lac Titicaca, programme pris en charge par le Ministère de la santé péruvien, avec la collaboration financière de l'UNICEF et de l'OPS. La région de santé de Puno établit ensuite une planification à l'échelle du département, estimant qu'il était nécessaire de former 1500 auxiliaires volontaires de santé pour subvenir aux besoins des populations rurales.

3.7. Les projets d'avenir du Ministère de la santé

Dans leur plan de santé 1975-1978, les autorités sanitaires de Puno prévoient un programme de formation et d'activités un peu différent de celui que nous avons adopté pour nos auxiliaires volontaires.

Nous en reproduisons les diverses modalités ci-dessous :

3.7.1. Coordination pour la mise en marche du programme

Obligations de la communauté

- la communauté proposera la personne qui devra recevoir la formation d'auxiliaire de santé, et si possible, la proposition sera de plusieurs candidats, afin de les soumettre à une sélection adéquate que réalisera le conseil de communauté.
- un local doit être prévu comme poste de santé communal, avec une ou deux pièces selon les possibilités.
- la communauté assumera les responsabilités de la programmation et de l'évaluation à travers le conseil et toute la population qui devra juger de la façon de travailler du promoteur, de son honnêteté, de ses tarifs etc.

3.7.2. Activité préparatoire

1. Organiser des cours de six à huit semaines pour auxiliaires volontaires de santé, au nombre de trente par cours, jusqu'à formation de 524 promoteurs en trois ans.
2. Equiper 524 postes de santé communaux. (Voir fig. 15).
3. Coordonner avec le "Système national de mobilisation sociale" SINAMOS, le secteur éducatif et les autres, un plan d'organisation des communautés, afin que toute la population participe sous la direction d'un conseil d'exécution.
4. Organiser des cours de 6 à 12 mois pour les auxiliaires des postes sanitaires (sanitarios) qui devront superviser le travail des postes de santé communaux respectifs.
5. Etablir un système de supervision entre Poste sanitaire et Poste de santé communal, également avec le centre de santé selon les cas.
6. Amplifier un système de supervision et d'évaluation au niveau de la zone hospitalière et la direction de Puno jusqu'à définitive consolidation.
7. Organiser des cours périodiques pour les auxiliaires volontaires communautaires et les sanitaires (sanitarios), selon les possibilités financières de Puno.

3.7.3. Activités du programme

1) Attention à la mère et l'enfant

- soins prénataux
- assistance à l'accouchement
- soins puerpéraux
- soins du nouveau-né
- contrôle du nourrisson, des enfants d'âge préscolaire et scolaire
- alimentation et nutrition

2) Premiers secours et envoi des patients au centre de santé

a) maladies fréquentes :

- dénutrition
- gastroentérites
- maladies respiratoires
- parasitoses
- maladies cutanées

b) accidents

3) Soins aux maladies transmissibles

- tuberculose
- zoonoses

4) Vaccinations

5) Promotion de l'hygiène de milieu

- eau potable
- latrines
- hygiène de l'habitat

6) Statistiques de morbidité et mortalité

7) Education en matière de santé

8) Procédures administratives

3.7.4. Rôles et responsabilités des instances concernées

3.7.4.1 Appui de l'UNICEF

L'aide de l'UNICEF est sollicitée, afin qu'elle fournisse l'équipement des postes de santé communaux. La même organisation internationale paiera les voyages des auxiliaires de santé vers le centre de santé, ainsi qu'elle rémunérera les professeurs participant à l'enseignement.

3.7.4.2 Obligations de la Région de santé de Puno

La direction générale de santé de Puno organisera, programmera, coordonnera et supervisera l'exécution du programme de promoteurs de santé.

3.7.4.3 Obligations du Ministère de l'éducation

L'éducation collaborera avec la Santé de façon que les deux secteurs sociaux travaillent à un bien commun humanitaire.

3.7.4.4 Obligations du Ministère d'alimentation

Ce ministère participera à l'approvisionnement en produits alimentaires et à des actions d'éducation dans la façon de s'alimenter. Il participera de plus à fomentier des actions de production alimentaire.

3.7.4.5 Obligation de la direction des pêches

Celle-ci favorisera l'établissement de piscicultures, là où les ressources naturelles le permettent.

Tous les secteurs qui participent au développement ont le devoir de tout mettre en oeuvre pour le bien commun et la bonne marche des divers programmes.

3.7.5. Normes ministérielles pour la sélection des candidats promoteurs

1. Considération dans la communauté
2. Recherche et proposition de candidats par le conseil de communauté
3. Analyse des conditions requises pour le choix du promoteur de santé
4. Déclaration des candidats proposés et aptes
5. Sélection du candidat par les représentants de la communauté
6. Déclaration du ou des candidats désignés comme auxiliaires de santé.

La formation future envisagée pour l'auxiliaire, son équipement et sa trousse d'urgence figurent aux tableaux 14, 15 et 16.

Tableau 14 PROGRAMME D'ETUDES POUR L'AUXILIAIRE VOLONTAIRE DE SANTE (*)

I. Formation sociale

a) Contexte et structures

- bases idéologiques de la révolution culturelle péruvienne
- plan global de développement
- politique de santé
- systèmes de santé
- structure du ministère de santé

b) Notions de santé publique

- le promoteur de santé, sa situation dans les structures de santé
- organisation communale, l'équipement sanitaire
- facteurs influençant la santé
- ressources de la santé
- risques-niveaux de prévention
- concept de priorités dans le domaine de la santé
- indicateurs de santé - mortalité générale et infantile
- espérance de vie à la naissance
- programme de santé de pénétration rurale

II. Formation technique

Technologie

- a) maladie et santé
- b) concept écologique de la maladie
- c) source et réservoir infectieux
- d) agents microbiens
- e) moyens de transmission
- f) mesures de contrôle
- g) santé mère-enfant : contrôle et visite à domicile
 - Femme enceinte : naissance normale
 - Suites de couches : contrôle et visite à domicile
 - Nouveau né : " " "
 - Nourrisson : " " "
 - Préscolaire : " " "
- h) Morbidité gynéco-obstétricale
 - hémorragies des 1er et 2ème trimestres
 - hémorragies du 3ème trimestre
 - toxémies
 - infections puerpérales
 - vaginites
 - mastites

(*) Traduit de l'espagnol à partir du plan officiel de formation des auxiliaires de santé (35).

- i) Morbidité infantile
 - maladies propagées par voie respiratoire
 - maladies " " digestive
 - maladies " par vecteurs
 - dénutrition
 - parasitoses
- j) Vaccinations aux divers âges
- k) Education sanitaire
- l) Contrôle des signes vitaux - contrôle du poids et de la taille
- m) Administration de médicaments
 - par voie orale
 - par voie parentérale
- n) eau potable en milieu rural
- o) élimination des ordures et déchets
- p) premiers secours
 - insuffisance respiratoire aiguë
 - urgences cardio-vasculaires
 - brûlures
 - hyperthermies
 - convulsions
 - intoxications
 - morsures et piqûres
 - accidents et traumatismes
 - perte de connaissance
 - transports de malades
- q) Cours pratiques
 - fonctions vitales
 - prises de poids et taille
 - administration de médicaments par différentes voies
 - vaccinations
 - éducation sanitaire
 - transfert des patients

Tableau 15 Equipement prévu pour auxiliaires volontaires de santé (*)

1 pèse-bébé	Ciseaux de Mayo
1 balance adultes	1 pince de Allis
1 ruban métrique	1 mallette
1 seringue 20 cc	1 boîte à savon
1 seringue 10 cc	limes pour ampoules injectables
1 seringue 5 cc	1 tensiomètre avec stéthoscope
aiguilles diverses s.c. i.m.	1 lanterne à piles
réipients d'aluminium avec couvercle	1 bicyclette
1 brosse	1 lampe à kérosène
thermomètres oraux	1 table d'examen et sa banquette
thermomètres rectaux	1 table à pansements
Pincés de Kocher droites	1 cuvette lavabo
1 réchaud à kérosène	divers tambours à stérilisation

Tableau 16 La trousse d'urgence de l'auxiliaire de santé (*)

1 pince de Kocher	1 seringue 10 cc
1 pince de dissection	1 seringue 5 cc
1 ciseau chirurgical	1 seringue 2 cc
1 thermomètre oral	1 boîte d'alu 20 x 10 cm
1 thermomètre rectal	aiguilles diverses à injection
1 lampe de poche	

3.8. Comparaison des deux programmes

Nous avons développé en détail le programme d'auxiliaires mis sur pied par les médecins suisses (pp. 44-68).

Le Ministère de la Santé propose un programme comparable dans les grandes lignes (pp. 69-71), avec toutefois des différences qu'il vaut la peine de souligner, bien qu'elles ne soient pas de nature à modifier la structure générale et "l'idéologie" de la formation des auxiliaires de santé. Nous essaierons donc de développer quelques commentaires à la lumière de notre expérience personnelle et celle de nos confrères suisses (3, 57) en ne signalant que les points qui divergent.

a) Tâches de l'auxiliaire de santé

Nous avons placé en premier lieu les soins à la population (p. 45). Le Ministère de la Santé met en priorité les activités préventives avec une attention particulière à la mère et à l'enfant (p. 70), ce dernier point de vue étant celui des théoriciens d'une politique de santé dans le tiers-monde, car il est vrai que les mesures préventives feront davantage progresser l'état de santé

(*) Traduit de l'espagnol à partir du plan officiel de formation des auxiliaires de santé (35).

en général que les soins curatifs (42). En pratique, notre expérience et celle des autres (3,12,40,41) ont révélé que le promoteur de santé ne peut commencer une action préventive avant d'avoir démontré à sa communauté ce dont il est capable sur le plan thérapeutique ; personne ne viendra faire peser et mesurer son enfant à un auxiliaire novice, si ce dernier n'a pas prouvé qu'il détient réellement un "pouvoir" (p. 46). D'autre part, il nous semble qu'ayant égard aux faibles ressources du pays (53), le problème de la fourniture des médicaments aux auxiliaires de santé constitue une pierre d'achoppement pour le Ministère de la Santé qui a assisté, impuissant, à l'échec progressif du programme de "medicamentos basicos" (page 37) . La lutte contre les maladies chroniques (pp.46-48) ne peut pas non plus s'effectuer sans antituberculeux en quantités massives, sans antiparasitaires divers. A notre avis, la lutte antituberculeuse n'est pas mise en évidence avec assez d'insistance par le programme ministériel (p. 70).

Dans ce programme, l'aspect mère-enfant, contraception, que nous avons évoqué (pp.48-49) comporte la grave lacune de ne faire aucune allusion au problème de la contraception qui n'est volontairement pas traité. En fait, il s'agit d'une orientation politique, le gouvernement péruvien n'étant pas favorable à une limitation des naissances qui, selon son optique, serait néfaste à l'avenir économique du pays. Il nous semble cependant nécessaire de répondre aux besoins effectifs de la population ; le bien-être familial est l'une des préoccupations formulées par les populations rurales, qui ne disposent pas de ressources alimentaires suffisantes pour alimenter plus de deux ou trois enfants. A ce sujet, nous avons souvent entendu les reproches exprimés par les Indiens aux Autorités, les accusant de pouvoir accéder, elles à la contraception et de décider d'un planning familial possible ou non pour la grande masse des pauvres confrontée au problème de la survie. Nous rejoignons ici la pensée critique d'Illitch (15) qui voit les maîtres du développement comme les maîtres de la pensée des autres en définissant à leur place leurs "besoins".

b) L'auxiliaire et le curandero

Le Ministère de la Santé ne se prononce pas officiellement sur la position du curandero dans le système ; il n'est cependant pas opposé à la nomination d'un curandero comme auxiliaire volontaire de santé.

c) Formation de l'auxiliaire

Le programme que nous proposons (p.p.44-68) aurait l'avantage de présenter les problèmes avec progression, en répondant aux questions que se pose spontanément le futur auxiliaire volontaire concernant la maladie de ses semblables. Dans le plan d'enseignement (tableau 14) prévu par le Ministère, figurent des concepts tels que celui de politique de santé qui sont des notions totalement étrangères à un paysan qui vit dans son univers terrien (pp.14-17). Nous-mêmes ne les avons assimilées qu'après des années d'expériences à la fois pratiques et théoriques, enrichies par des comparaisons, des voyages, des lectures, bref, une série de données que nous avons le privilège d'avoir reçues ; et pourtant, chaque médecin formé selon ces critères a-t-il compris la notion de "politique de santé" pour ne prendre qu'un exemple ? (26). Le chapitre de formation technique (tableau 14) nous paraît mieux développé à ce point de vue et mériterait

de figurer en premier lieu, car on ne saurait assez insister sur le fait que l'Indien ne peut raisonner qu'à partir du vécu ; la pratique est donc d'importance capitale dans la formation (41) (voir aussi p. 58). Dans le même chapitre, il manque un minimum de notions d'anatomie et physiologie simplifiées, nécessaires à la compréhension de la maladie. Notre enseignement (tableau 5) nous paraît plus complet à cet égard et plus "progressif".

d) Manuel du promoteur de santé

Le Ministère de la Santé ne fait pas d'allusion au manuel de l'auxiliaire, référence indispensable à la réussite de son travail.

e) Matériel et pharmacie

Dans les tableaux 15 et 16, il n'est fait mention d'aucun médicament. Nous avons prévu (tableau 12) les médicaments de première nécessité dont doit pouvoir disposer l'auxiliaire.

f) Cours de perfectionnement

Nos vues concordent avec celles des autorités sanitaires de Puno en ce qui concerne les cours de perfectionnement, mais le programme étant encore sous forme de projet, les détails sur la façon de procéder n'y figurent pas (p. 69) dans le programme ministériel.

g) Supervision

La supervision, élément important de réussite et d'efficacité devrait se faire selon nous par le médecin du centre de santé (page 66) ou par une infirmière compétente. Nous ne croyons pas que la supervision soit réalisable par les auxiliaires des postes sanitaires (sanitarios salariés, fig. 15), comme le suggère le Ministère de la Santé (p. 69). Le "sanitario" n'est actuellement pas plus compétent que l'auxiliaire volontaire de santé souvent mieux formé grâce à son recyclage constant. Ces sanitarios des postes sanitaires de district présentent un peu trop la tendance bureaucratique, envoyant chaque mois des dizaines de feuilles d'informations statistiques au Ministère, alors qu'ils n'ont souvent pas d'Aspirine à disposition pour soulager le moindre des maux de tête ; et la population locale s'en plaint, disant que le promoteur de santé travaille mieux grâce à ses médicaments reçus du centre de santé. L'employé d'Etat qu'est le sanitario n'est pas assez motivé à l'égard de l'indigène trop souvent considéré comme inférieur de race, d'où un "rejet" systématique. Le sanitario est un "Misti" au sens sociologique du terme (voir p. 13) d'où sa tendance à l'écrasement plutôt qu'à un appui compréhensif porté à l'auxiliaire volontaire "Indio". Il semble donc important que l'auxiliaire de santé puisse compter sur une présence compétente et compréhensive.

Dans l'ensemble, nous craignons que l'auxiliaire de santé ne soit écrasé par l'ampleur du programme proposé, qui déborde le cadre du Primary Health care (45) préconisé par l'OMS. Il ne faut pas oublier que le promoteur est avant tout un campagnard occupé par son dur labeur des champs qui lui donnera juste de quoi vivre. La tendance de toutes les administrations est de hiérarchiser les divers employés d'un service sanitaire et nous voyons le danger de soumettre le promoteur de santé à un contrôle "paperassier" qui le détournerait de sa vraie

tâche, qui consiste à soulager ses frères malades et de les aider à améliorer leurs conditions de vie. En ce sens, l'auxiliaire doit se rapprocher au maximum de sa communauté et faire corps avec elle (13, 44, 47, 58) plutôt que d'appartenir à un appareil de l'Etat qui ferait de lui un employé ministériel avec le risque qu'il devienne à son tour un "Misti" dont la communauté se méfie.

En conclusion de cette comparaison des programmes suggérés l'un par les médecins suisses, l'autre par les autorités sanitaires de Puno, nous constatons que les différences portent sur des points parfois essentiels tels que la question des médicaments, mais il n'y a pas de différences majeures "d'idéologie". Le Ministère de la Santé se trouvant pour le moment dans l'impossibilité matérielle de réaliser tel aspect du programme ou tel autre, nous pensons que les projets ministériels seront remaniés dans leur expression pratique selon les tendances des médecins chargés de les appliquer, selon les aspirations des promoteurs de santé et surtout à mesure que seront résolus les problèmes financiers grâce à l'appui notamment, d'organismes tels que l'UNICEF.

Il est réjouissant de constater que pour la première fois au Pérou, le Ministère de la santé formule un projet de formation et supervision d'auxiliaires volontaires de santé. La persévérance des médecins suisses de la région de Puno a certainement contribué à l'établissement de normes bien définies pour l'avenir, en coordination avec les organismes internationaux ou étrangers qui ont vu les résultats objectifs des agents de santé communautaires d'autres pays (40, 42, 47, 52, 58).

3.9. Discussion générale

3.9.1. Extension du programme de formation des auxiliaires de santé

Nous avons développé dans le présent exposé l'une des solutions possibles pour dispenser le minimum de soins ou soins de santé primaires aux collectivités indiennes défavorisées du département de Puno. Le programme des auxiliaires de santé pourrait sans doute s'étendre au pays tout entier, et c'est vraisemblablement ce qui aura lieu dans un avenir que nous espérons proche. D'autres médecins ont déjà ouvert la voie ça et là : quelques médecins péruviens de Lima commencent à former des auxiliaires de santé dans les bidonvilles de la capitale ; dans le département de Cuzco, un jeune médecin hollandais travaille avec des agents de santé depuis trois ans. Bien entendu, cette extension ne peut s'effectuer qu'à certaines conditions que nous pensons être les suivantes :

- Reconnaissance du programme de formation d'auxiliaires par les médecins-chefs des autres départements et par le Ministère de la Santé central de Lima. De nombreux médecins péruviens sont persuadés de l'efficacité du système des auxiliaires volontaires de santé, mais cela implique une réorientation du personnel médical vers les besoins ruraux (3, 28, 49). Il s'agit réellement de prendre une option dans la vision globale de la médecine qui n'est pas toujours au service de l'efficacité, en particulier dans les pays du tiers-monde qui doivent faire face à des besoins sanitaires primordiaux (22). Selon les propos du directeur général de l'OMS (24), il faut "libérer les esclaves de la technologie en trouvant des solutions plus pertinentes Les professions de santé, en particulier la profession médicale, aiment à se qualifier de professions

libres, mais si elles sont devenues esclaves de cette technologie même qu'elles prétendent dominer, ce sont elles qui ont besoin d'être libérées. Certains pays ont eu de grandes difficultés à doter leurs centres de santé ruraux de médecins, non seulement parce que ceux-ci répugnaient à aller travailler à la campagne, mais encore et surtout parce qu'elles étaient incapables de dispenser des soins médicaux de première ligne sans les appareils électroniques sophistiqués dont leur formation les avait rendu complètement tributaires, sans parler de leur inaptitude à gérer tous les autres aspects des soins de santé primaires dont ils n'avaient pas la moindre notion ...". Le Ministère de la Santé voudrait encourager les jeunes médecins sortant des facultés de Lima à prendre en charge les nombreux centres de santé de la Sierra durant une année ou deux, et à former des promoteurs de santé. En effet, l'occupation constante des centres de santé est nécessaire à la poursuite de l'activité des auxiliaires de santé. Pour l'instant la récente attribution à des infirmières de la supervision des promoteurs est une initiative des plus heureuses de la part des autorités sanitaires de Puno (3).

- Reconnaissance des droits des populations rurales assimilées ici aux populations indiennes, aux populations pauvres. Le Pérou, comme de nombreux autres pays d'Amérique latine dispose d'une main d'oeuvre agricole bon marché à l'extrême. Les agriculteurs sont pour la plupart, des "indios" vivant en marge de l'économie nationale et ne touchant qu'un salaire misérable (p. 32). Les communautés indigènes ne peuvent se restructurer, s'organiser sans que les autorités des pays concernés ne leur octroient un pouvoir d'achat en reconnaissant leur droit à un salaire convenable et simplement le droit "d'exister". Dans un message de février 78, SWISSAID lançait un appel en faveur des Indiens de Colombie en voie de disparition : "Aux yeux des colons, les Indiens ne sont rien d'autre qu'un obstacle à l'occupation et à l'exploitation des terres. Tuer des Indiens n'est pas un crime a récemment tranché un tribunal colombien en libérant des colons de race blanche qui avaient invité 18 Indiens à un repas et les avaient massacrés alors qu'ils étaient à table". Celui qui a vécu dans la cordillère des Andes peut témoigner hélas d'un certain type de mentalité raciste difficile à admettre au XXème siècle. Heureusement, cette attitude ne peut être considérée comme générale, car nombreux sont encore les défenseurs des Indiens au Pérou.

- Amélioration et meilleure répartition des ressources financières destinées à la santé (40). Le meilleur des programmes de santé ne peut réussir sans participation financière. La plupart des crédits étant destinés aux institutions hospitalières organisées à l'occidentale (42), le Pérou, comme les autres pays du tiers monde ne dispose que de peu de moyens à distribuer à la périphérie, là où se trouvent nos auxiliaires de santé. L'UNICEF s'est engagé à fournir son aide financière (p. 70), mais il est nécessaire que le Ministère de la santé prévoie une plus grande part de son budget de santé pour la fourniture en médicaments. Si la collectivité prend en charge les éventuels voyages de son auxiliaire bénévole, le Ministère n'a en fait qu'à financer la supervision et le recyclage, ce qui ne représente que le salaire du personnel enseignant. Depuis cinq ans, les médecins suisses ont formé leurs promoteurs avec un budget tout à fait modeste par rapport aux crédits investis dans les hôpitaux urbains du même département (3).

- Intégrité du personnel de santé et de l'industrie pharmaceutique. Nous avons exposé (page 37) le problème de l'échec du programme des "medicamentos basicos" institué par le Ministère de la santé depuis 1971⁴.

Les industries pharmaceutiques de Lima livraient ces médicaments de base aux hôpitaux moyennant un reçu, et payables à mesure de leur vente. Les hôpitaux de zone fournissaient à leur tour aux centres de santé et aux postes sanitaires ce dont ils avaient besoins. Progressivement, on s'apercevait à Lima que l'argent correspondant à la distribution des médicaments n'entrait pas dans la caisse du programme. Plusieurs sanitaires faisaient du commerce de médicaments pour arrondir leur salaire estimé insuffisant, allant parfois jusqu'à falsifier le compte rendu mensuel et l'inventaire de leur pharmacie. A l'échelon de l'hôpital de zone, les contrôleurs insuffisamment compétents ou complices de ce commerce n'avaient plus la situation en mains. Au fil des années, la dette du Ministère de la santé augmentait à l'égard des industries pharmaceutiques qui ne suivaient qu'au "compte-goutte" dans la production des "medicamentos basicos". Ce programme de médicaments bon marché aurait permis l'accès aux médicaments des plus défavorisés (6). En fait, un projet aussi génial que généreux s'écroule par la faute de quelques fonctionnaires malveillants. Celui qui s'errige contre ces injustices se heurte ensuite à un mur d'indifférence qui finit par avoir raison de la générosité de son combat. Nous avons essayé et demandé de pouvoir acheter les "medicamentos basicos" en les payant au comptant aux industries pharmaceutiques. On ne pouvait nous fournir que 200 comprimés d'Aspirine devant une commande de 50'000 comprimés. Par contre, l'Aspirine commerciale vendue au prix normal était livrable de suite en quantité illimitée ... L'OMS est persuadée qu'une action internationale s'impose d'urgence pour remédier à la carence de médicaments et vaccins essentiels dans les pays en développement (6).

- L'extension du programme de formation des promoteurs de santé doit toucher la sage-femme dans l'avenir, si l'on veut atteindre l'objectif du "Primary health care" (45). Dans quelques provinces du département de Puno, des sages-femmes ont été formées, les accoucheuses traditionnelles perfectionnées par les médecins et infirmières. Dans de nombreux pays d'Afrique et d'Amérique (40), les accoucheuses traditionnelles recyclées ont déjà montré que leur activité compléterait parfaitement celle de l'auxiliaire volontaire de santé qui était précisément peu sollicité pour l'accouchement (p. 49).

3.9.2. Participation et perspectives de développement intégré au Pérou

L'amélioration des conditions de santé dépend de conditions multifractionnelles (p. 5). Qui dit développement dit aussi progression concertée des secteurs agricole, industriel, éducatif, social et sanitaire. La coopération technique s'est trop longtemps limitée à mettre en évidence des programmes "prestigieux" qui n'avaient rien à voir avec les vraies priorités des pays en développement concernés (9, 28). On n'y mettait aucun accent sur la participation de l'habitant qui regardait bouche bée les "miracles" accomplis par des machines agricoles faisant en quelques heures, le travail qu'une collectivité mettait des semaines à achever. Les experts s'étonnaient qu'il n'y ait plus de continuité à leur départ ; on avait pourtant bien expliqué la façon d'améliorer le rendement du sol, la façon d'entretenir un tracteur qui rouille à présent dans un local délabré.

Mais la population n'était pas engagée, ne participait pas, n'était pas responsable et ce fut l'échec. Dans la Sierra péruvienne, les Indiens sont demeurés en marge du développement, parce que soumis au pouvoir de la classe dirigeante prenant les décisions sans le pauvre qui n'a jamais eu son mot à dire ; le fossé racial et culturel accentuait encore le phénomène. Si l'on veut réussir, il est nécessaire de donner à chacun la possibilité de prendre des décisions (27, 30, 34, 52). Newel pense que l'application du principe de participation ne représente pas un moyen parmi d'autres, mais le seul moyen d'aboutir au succès (38). Martin souligne qu'on ne peut avoir des effets durables dans le domaine de la santé s'il n'y a participation active de la population concernée (27) cette notion n'est pas seulement valable pour les pays du tiers-monde (18), car "la situation n'est sûrement pas ce qu'elle devrait être dans une société aussi instruite, aussi responsable et aussi économiquement à l'aise que la nôtre" (34).

Au Pérou depuis de nombreuses années, des projets de développement ont été entrepris et financés par différents organismes d'entraide dans des domaines variés, en particulier dans celui de l'agriculture et celui de la santé. Ça et là, quelques animateurs de bonne volonté s'ingéniaient à améliorer les conditions de vie souvent misérables des populations pauvres. En qualité "d'envoyés" d'organismes suisses, nous faisons partie également de ces "experts de coopération technique". En travaillant sur le terrain, chacun d'entre nous a éprouvé un sentiment de solitude certain et un manque de collaboration entre les divers secteurs de développement. Le malaise était tout aussi bien ressenti par les diverses organisations d'entraide qui auraient voulu une meilleure harmonisation d'ensemble.

D'autre part, c'est une "aide" ou une "assistance" qui a prévalu jusqu'à nos jours dans les pays du tiers-monde. Ces concepts sont en train d'évoluer vers une véritable "coopération" sous l'impulsion de divers organismes internationaux dont en particulier l'OMS (36), qui a saisi l'importance de la participation également entre pays "riches" et pays "pauvres", afin de passer d'un processus "à sens unique" par lequel un pays industrialisé apportait son aide à un pays en développement, à un véritable échange d'idées, de ressources et de techniques.

"Dans la Région des Amériques, ces idées prennent corps peu à peu, soit que l'on tente de nouvelles approches, soit que l'on réadapte des programmes qui ont fonctionné depuis plus de dix ans. C'est le cas par exemple des centres panaméricains, qui constituent une réserve de connaissances avancées et de capacité technique qu'un seul pays ne peut posséder. La Bibliothèque régionale de médecine et des sciences de la santé de Sao Paulo contribue à la mise sur pied d'unités nationales d'information biomédicale et se prépare à créer son propre réseau qui diffusera des documents sélectionnés dans tout l'hémisphère ouest. Le programme mis en oeuvre dans la Région des Amériques pour offrir des services de santé aux populations actuellement insuffisamment desservies fait appel aux principes des soins de santé primaires et de la participation des collectivités. La mise en oeuvre de programmes dans quelque dix pays de la Région (dont le Pérou), reçoit un important soutien grâce à des prêts de la Banque interaméricaine de développement et au moyen de la coopération technique du Bureau régional de l'OMS à Washington Enfin, et ce n'est pas le

moins important, des accords régionaux, comme l'Accord de Cartagène dans les pays andins, la Conférence des Ministres de la Santé de l'Amérique Centrale et la Conférence des Ministres de la Santé de la communauté des Caraïbes encouragent également la coopération technique entre pays en développement dans plusieurs domaines spécifiques auxquels la Région s'intéresse Notre objectif est d'abandonner le classique "transfert des techniques" pour adopter le concept de "création et d'adaptation" de solutions plus appropriées ; ainsi l'autonomie remplaçant la dépendance, elle condamne les pays à se suffire à eux-mêmes et à se développer harmonieusement" (9).

C'est dans cette perspective de coordination que le Système National de mobilisation sociale (SINAMOS) du Pérou (p. 69) oeuvre et cherche la collaboration étroite entre les divers secteurs du développement (p. 70). Dans le cas précis du département de Puno, l'Institut Universitaire d'études du développement de l'Université de Genève prévoit un programme de recherche sur les conditions d'un développement harmonisé des populations du lac Titicaca (16) en recourant à divers organismes (BIT, OMS, organismes péruviens etc.), qui devront collaborer étroitement. Ce programme d'une durée minimum de deux ans, bénéficie du soutien financier du Fond National Suisse pour la Recherche Scientifique (FNSRS) et de la coopération technique qui vient récemment de prendre en charge le groupe des médecins suisses "Aertzteteam Putina". Ainsi, au cours des années, ce sont de vraies perspectives de développement intégré qui se dessinent au Pérou comme dans de nombreux pays d'Amérique latine et du tiers-monde.

"Les routes que nous sommes en train de tracer sur la carte passent à travers d'innombrables marécages, de redoutables champs de mines et de gigantesques montagnes

Pourtant la justice sociale exige qu'on ait assuré à tous les humains un niveau de santé acceptable qui leur permettra de mener une vie socialement et économiquement productive Je suis persuadé que ma conception de la santé mondiale n'est pas un rêve utopique. Si nous le voulons, elle peut se réaliser."

H. Mahler
Directeur de l'OMS

Conclusion

Pour terminer le présent ouvrage, qu'il nous soit permis de nous référer à la somme d'expériences acquises par l'Organisation mondiale de la santé, exprimées par son directeur général, le Dr H. Mahler (24) pour conclure sur un sujet de réflexion.

Il est évident que l'on ne saurait être en bonne santé lorsqu'on vit dans un état de pauvreté extrême. Il est donc inutile de parler d'améliorer les services de santé sans essayer de s'attaquer à la pauvreté (38). Si nous voulons réellement l'amélioration de la condition des pauvres qui constituent les deux-tiers de la population terrestre, il faut nous préparer et nous ouvrir à une autre façon de répartir les ressources mondiales que celle dont la croissance économique s'est réalisée jusqu'à présent (11). "En regardant l'histoire de ces dernières années et en la mettant en parallèle avec l'absence de niveau acceptable de santé auprès de la majorité de la population terrestre, nous devons dire que chacun d'entre nous est coupable Il est impossible d'admettre un monde qui tolère les millions de malheureux qui font réussir dix pour cent de la population mondiale ..." (23). Notre économie basée sur le rendement et la productivité s'est peu souciée jusqu'à présent de "morale politique". En pillant le milieu rural au profit de l'industrie, nous reserrons le cercle vicieux qui étrange les pauvres de la planète" (49).

Notre "modus vivendi" est-il vraiment le meilleur qui soit ? Pourquoi ne pas accepter aussi les cultures qui relèvent de la nature plutôt que de la technicité ? Il devrait y avoir également une place sur notre terre pour les peuplades dont les structures sociales et économiques se suffisent à elles-mêmes. Il faut alors accepter que ces populations vivent "sans produire" mais selon leurs tendances profondes de communication avec la nature, en dehors de l'escalade économique dont nous sommes devenus tributaires (49).

La crise monétaire des pays d'Amérique latine doit inciter les nations riches à analyser les raisons de l'injuste répartition des richesses. Comment concilier la justice sociale avec les profits rapatriés du tiers-monde déclarés par les firmes étrangères, dépassant leurs apports d'argent en investissements ? (46).

Il peut sans doute paraître téméraire d'aborder ici tant de problèmes "épineux" voire "scandaleux" parce qu'ils remettent en cause les mécanismes économiques grâce auxquels nous faisons partie des "privilégiés" en admettant les lois d'un système qui nous favorise.

Dans le domaine spécifique de la santé, l'OMS est en outre persuadée qu'une action internationale s'impose d'urgence pour remédier à la carence de médicaments dans les pays du tiers-monde (6). Nous avons largement fait allusion à la grande difficulté que rencontrent tous nos auxiliaires volontaires et le Ministère de la santé devant la carence en médicaments de base (p. 37 et 62). A ce sujet, l'OMS estime que le principal écueil risque d'être le manque de compréhension de l'ensemble des intéressés, à savoir les gouvernements, le corps médical et l'industrie pharmaceutique, et qu'il faut absolument rendre les médicaments essentiels accessibles à tous ceux qui en ont besoin, cette approche supposant la formulation de nouvelles politiques de fabrication, de contrôle de qualité et des prix (24).

Si nous admettons avec Newell (38) que le concept de soins de santé primaires est basé sur l'idéal politique d'égalité sociale, il faut admettre également pour corollaire la suppression de la dépendance par laquelle les riches deviennent toujours plus riches et les pauvres toujours plus pauvres (49).

La voie vers la santé pour tous passe par un certain nombre de programmes prioritaires énoncés par le Dr Mahler (24) : - les problèmes de la périphérie (campagne) doivent dicter le contenu et l'organisation des actions menées aux niveaux les plus centraux du système de santé (villes) - il faut combattre les maladies transmissibles - l'assainissement de base est une nécessité vitale - l'action nutritionnelle est la pierre angulaire des soins de santé primaires - les formulations de politiques de santé doivent être orientées vers des finalités sociales - des agents de santé seront aptes à répondre aux demandes de la population. Au terme de notre réflexion où nous avons osé soulever des questions qui nous portent au-delà de notre compétence, nous sommes heureux de constater que le programme des auxiliaires volontaires de santé répond à ces critères prioritaires, le promoteur de santé déservant précisément la périphérie, combattant les maladies transmissibles par les vaccinations et les soins donnés aux malades. Il engage sa communauté dans des actions d'assainissement de base (alimentation adéquate, approvisionnement correct en eau, rejet convenable des déchets etc.). La finalité sociale de son action est contenue dans le principe même du programme.

Le modèle de promoteur de santé péruvien se rapproche de celui des agents de santé communautaires existant depuis une dizaine d'années sur divers continents. De plus en plus, ces auxiliaires font parler d'eux. On organise des rencontres, des conférences à l'OMS, à l'OPS sur le thème des auxiliaires de santé. A Puno, sur l'Altiplano comme au Chili, au Guatemala, l'OMS a envoyé ses re-

porters pour étudier l'efficacité du promoteur de santé (13). Au médecin au pied nu de Chine, aux auxiliaires volontaires de Tanzanie, du Niger, de l'Inde, du Vénézuéla, du Guatemala et d'ailleurs se sont joints les,auxiliaires volontaires de santé du Pérou, qui grâce aux résultats obtenus, démontrent chaque jour davantage qu'ils sont devenus l'élément primordial dans l'application des soins de santé primaires.

Liste des figures

- Figure 1 Carte du Pérou
- Figure 2 (Photographie) Un village indigène des bords du lac Titicaca
- Figure 3 (Photo) Un village indigène de la Puna
- Figure 4 (Photo) La Selva (forêt vierge)
- Figure 5 (Photo) La ville de Macusani (altitude 4350 m)
- Figure 6 Carte du département de Puno et ses provinces. Situation des postes occupés par les médecins suisses.
- Figure 7 (Photo) Route permettant l'accès à la Selva
- Figure 8 Pyramides des âges, département de Puno
- Figure 9 (Photo) Plantation de la pomme de terre selon la technique ancestrale
- Figure 10 Répartition (en %) des dix premières causes de décès dans le département de Puno (1973)
- Figure 11 Répartition des décès selon l'âge (Puno, Pérou, Suisse)
- Figure 12 Répartition (en %) de la morbidité par maladies infectieuses parmi les malades consultants dans le département de Puno (1973)
- Figure 13 (Photo) Préparation de la pomme de terre séchée, aliment de base de l'Indien
- Figure 14 Schéma classique d'organisation hospitalière "régionalisée" selon Bridgman.
- Figure 15 Organigramme des établissements de santé du département de Puno
- Figure 16 Les trois zones hospitalières du département de Puno
- Figure 17 (Photo) La consultation au Centre de santé de Macusani
- Figure 18 (Photo) Un malade est placé dans "l'ambulance" de fortune
- Figure 19 (Photo) Soins donnés à un bébé par un auxiliaire de santé
- Figure 20 (Photo) Aspect d'une malade atteinte de tuberculose
- Figure 21 (Photo) Séance de projection sur un thème éducatif de santé dans une communauté indienne.
- Figure 22 (Photo) Formation des promoteurs agricoles
- Figure 23 (Photo) Un auxiliaire volontaire de santé au cours théorique
- Figures 24, 25, 26 Reproduction de quelques pages du manuel du promoteur de santé

Liste des Tableaux

<u>Tableau 1</u>	Comparaison des mortalités dans le département de Puno, au Pérou et en Europe
<u>Tableau 2</u>	Comparaison des décès selon la cause entre le département de Puno, le Pérou et la Suisse
<u>Tableau 3</u>	Taux d'incidence des maladies transmissibles au Pérou
<u>Tableau 4</u>	Consommation alimentaire par personne, comparaison entre Macusani (zone rurale) et Puno (capitale du Département)
<u>Tableau 5</u>	Enseignement théorique de base de l'auxiliaire volontaire de santé selon le programme initié par les médecins suisses
<u>Tableau 6</u>	Enseignement pratique de l'auxiliaire
<u>Tableau 7</u>	Hygiène de l'individu, de l'habitation et de la communauté indigènes, préconisée par le programme des médecins suisses
<u>Tableau 8</u>	Alimentation, nutrition, selon le programme des médecins suisses
<u>Tableau 9</u>	Education sexuelle selon le programme des médecins suisses
<u>Tableau 10</u>	Facteurs socio-culturels et socio-économiques, programme d'enseignement selon les médecins suisses
<u>Tableau 11</u>	La trousse de travail de l'auxiliaire
<u>Tableau 12</u>	Médicaments de première nécessité dont dispose en permanence l'auxiliaire de santé
<u>Tableau 13</u>	Exemple de relevé de la prise en charge d'un cas telle qu'elle figure dans le journal des consultations d'un auxiliaire de santé
<u>Tableau 14</u>	Programme d'études pour l'auxiliaire de santé, selon le Ministère de la santé
<u>Tableau 15</u>	Equipement prévu par le Ministère de la santé pour l'auxiliaire de santé
<u>Tableau 16</u>	La trousse d'urgence de l'auxiliaire de santé selon les prévisions du Ministère de la santé

BIBLIOGRAPHIE

1. Beaton G.H., Bengoa J.M. Food production. In : Nutrition in preventive medicine, OMS, Genève, 1976, pp. 335-352, (monograph series 62).
2. Bridgmann R.F. L'Hôpital rural, sa structure et son organisation. Genève, OMS, 1969.
3. Cadotsch A. Entwicklungszusammenarbeit im Aufbau eines Basisgesundheitsdienstes. *Acta tropica*, 34, pp. 189-203, 1977.
4. De Molina C. Fables et rites incas. Lima, Urteaga et Romero, 1972.
5. D'Houtaud A. Recherches en Lorraine sur les facteurs psychosociaux de la santé. Thèse de doctorat d'Etat en sociologie présentée à la faculté des sciences humaines de Dijon, 1976.
6. Fattorusso V. Produits pharmaceutiques : une dimension sociale. *Santé du monde*, 4, pp. 8-11, 1978.
7. Favre H. Les Incas. Paris, Presses universitaires de France, 1972.
8. Fejfar, F., Strasser, T., Hatano, S. Ikeme, A. Masironi, R. Prévenir et traiter les maladies cardio-vasculaires. *Médecine et Hygiène*, 1106 : 1050-1051, 1974.
9. Ferreira J.R. De nouveaux échanges. *Santé du monde*, 1, pp. 18-21, 1978.
10. Frisancho Pineda D. Medicina indigena y popular. Lima, Juan Mejia Baca Baca, 1971.
11. Furter P. La formation scolaire et le développement dépendant. In : Les modes de transmission, du didactique à l'extrascolaire ; Paris, Presses universitaires de France, 1976.
12. Gachoud P. Le promoteur de santé, médecin au pied nu de la cordillère des Andes. *Rév. méd. Suisse rom.*, 97, pp. 361-364, 1977.
13. Harrison Paul. L'élú de la collectivité. *Santé du monde*, 8, pp. 18-24, 1977.
14. Huber S. La fabuleuse découverte de l'empire des Incas. Paris, Pygmalion, 1977.
15. Illitch I. Revolting development. *Focus technical cooperation*, 4, pp. 1-6, 1977.
16. Institut Universitaire d'études du développement, espace latino-américain 1974-1977. Les conditions d'un développement harmonisé des populations du lac Titicaca, Genève, septembre 1977.

17. Isely R.B., Martin J. Le comité de santé de village, point de départ du développement rural. *Chronique OMS*, 31 : 331-340, 1977.
18. Jeanneret O. Participation et santé. Vers la participation des individus, des familles et des collectivités, à la gestion de leur santé. *Revue Française de la Santé Publique*, 1 : 46-61, 1978.
19. Jelliffe D.B. Appréciation de l'état nutritionnel des populations. Genève, OMS, 1972.
20. Kauffmann Doig F. *Arqueologia peruana*. Lima, Peisa, 1971.
21. King M. *Medical Care in Developing Countries*. Nairobi, Oxford university press, 1966.
22. Mahler H. Objectifs sanitaires mondiaux et besoins fondamentaux de l'être humain. Rapport annuel du directeur général pour 1976. Genève, Mai 1977.
23. Mahler H. Poverty and health. Speech delivered for the tripartite World conference on Employment, Income Distribution and Social Progress and the International Division of Labour. International Labour Office. Geneva, 11 June 1976.
24. Mahler H. La voie vers la santé pour tous. *Chronique OMS*, 31 : 535-543, 1977.
25. Martin J. Santé familiale, notions de base et bibliographie. Exposé présenté au Centre universitaire des sciences de la santé. Yaoundé, 1975.
26. Martin J. Les besoins médico-sanitaires des pays en voie de développement. *Bulletin des médecins suisses*, 43 : 1655-1660, 1974.
27. Martin J. L'action éducative dans les soins de santé de base, participation, pertinence et pluridisciplinarité à la périphérie. *Le Courrier*, 27, p. 221, 1976.
28. Martin J. Coopération technique dans le domaine médico-sanitaire. *Bulletin des médecins suisses*, 14, pp. 554-558, 1977.
29. Martin J. La sage-femme en santé familiale, à propos de l'évolution nécessaire de son rôle et de sa formation. *Le Courrier*, 25, p. 581, 1974.
30. Martin J. Médecine, santé et société, qu'en penser dans les pays en voie de développement. Cours d'introduction à la médecine donné à Lausanne le 1er déc. 1976.
31. Martin J. Community-orientation, Medical Training and Health Services, Some important Issues. *The indian journal of medical education*, 14, 1, pp. 1-8, 1975.
32. Martin J. Médecine et pays en voie de développement. *Rev. méd. Suisse rom.*, 90, 4, pp. 351-360, 1970.
33. Martin J. La santé pour tous, problème technique et quantitatif ou bien d'attitudes et de qualité. *Revue internationale d'éducation pour la santé*, 20, 1, 1977.

34. Martin J. Responsabilité personnelle et collective pour la santé, à propos des besoins de participation accrue et d'éducation dans une approche plus globale de la santé. *Rev. méd. Suisse rom.*, 97, pp. 131-143, 1977.
35. Ministerio de Salud Puno. Plan de Salud 1975-1978. Puno, Ministerio de salud, 1975.
36. Morse Bradford. Coopération technique entre pays en développement indépendants et solidaires. *Santé du monde*, 1, pp. 2-4, 1978.
37. Negrete J.C., Murphy H.B.M. Psychological deficit in chewers of coca leaf. *Bulletin of narcotics*, 19, 4, pp. 11-18, 1967.
38. Newell K.W. Participation et santé. *Rev. Int. éduc. santé*, 19, 4, pp. 218-221, 1976.
39. Organisation mondiale de la santé. Annuaire des statistiques mondiales 1973-1976. Genève, OMS, 1973.
40. Organisation mondiale de la santé. Participation et santé. Genève, OMS, 1975.
41. Organisation mondiale de la santé. L'agent de santé communautaire, guide d'action, guide de formation, guide d'adaptation. Genève, OMS, 1977.
42. Organisation mondiale de la santé. Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement. Genève, OMS, 1975.
43. Organisation mondiale de la santé. *Santé du monde*, Genève, OMS, Nov. 1977.
44. Organisation mondiale de la santé. La santé ne dépend pas seulement des médecins. *Chronique OMS*, 31 : 528-529, 1977.
45. Organisation mondiale de la santé. Echos des régions. *Chronique OMS*, 32, 2, p. 83, 1978.
46. Organisation des Nations Unies. Monnaies internationales, vers la fin des privilèges ? Vers un développement solidaire. *Bulletin d'information romand de l'association pour la déclaration de Berne*, 32, pp. 11-24, 1977.
47. Rotsart de Hertaing I, Courtejoie J. Le dispensaire et sa nouvelle orientation. Kangu-Mayombe, Bureau d'études et de recherches pour la promotion de la Santé. Brochure illustrée No 24.
48. Swissaid. Colombie, l'agonie des Indiens. Communiqué de presse, Berne, 1978.
49. Tejada de Rivero D. Development, health and medical education pp. 185-189. In : Conseil des organisations internationales des sciences médicales (C.I.O.M.S.) 10. Genève. Société et santé : l'enseignement médical face à un défi. 10ème table ronde du CIOMS et Session scientifique de la 10ème assemblée générale du CIOMS Genève, 1971.

50. Valdivia Ponce O. Hampicamayoc. Lima, San Marcos, 1975.
51. Vargas F. Face à l'impasse de la croissance : Que faire ? Interrogation bulletin oecuménique, 1, pp. 9-12, 1978.
52. Vidal C. Medicina comunitaria : nuevo enfoque de la medicina. Educ. med. Salud, 9, 1 : 11-46, 1975.
53. Villaret B. Le Pérou mort et vif. Paris. Berger-Levrault, 1964.
54. Vistel A. L'homme des Andes. Paris. Albin Michel, 1976.
55. Waisbard S. Machu Picchu cité perdue des Incas. Paris. Robert Laffont, 1974.
56. Waisbard S. Tiahuanaco 10'000 ans d'enigmes incas. Paris. Robert Laffont, 1972.
57. Zehnder E. Möglichkeiten medizinischer Arbeit auf dem Peruanischen Altiplano. Praxis, 62, 43, pp. 1302-1304, 1973.
58. Zeighami B., Ronaghy H. Stretching Health Manpower : The rural Health Auxiliary. Canadian Journal of Public Health, 68, pp. 378-381, 1977.

